UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 7

L'INVALIDITÉ MORALE ACQUISE
POST = NÉVRAXITIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Mai 1923

PAR

KOSTITCH (Milorad)

Né à Kragouïevatz (Etat Serbo-Croato-Slovène), le 19 avril 1897

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse

EUZIÈRE, Professeur. *Président.*
DUCAMP, Professeur.
GAUSSEL, Agrégé. } *Assesseurs.*
MARGAROT, Agrégé.

MONTPELLIER

Imprimerie l'ABEILLE (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1923

L'INVALIDITÉ MORALE ACQUISE

POST-NÉVRAXITIQUE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535710_0108

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE — N° 7

L'INVALIDITÉ MORALE ACQUISE POST-NÉVRAXITIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Mai 1923

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

KOSTITCH (Milorad)

Né à Kragouïevatz (Etat Serbo-Croato-Slovène), le 19 avril 1897

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse

- EUZIÈRE, Professeur. *Président.*
- DUCAMP, Professeur.
- GAUSSEL, Agrégé. } *Assesseurs.*
- MARGAROT, Agrégé.

MONTPELLIER

Imprimerie l'ABEILLE (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1923

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	HEDON.
Chimie biologique et médicale	DERRIEN.
Physique médicale	PECH.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	GRYNFELTT.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	RIMBAUD.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	H. BERTIN-SANS.
Médecine légale et médecine sociale	N...
Clinique médicale	DUCAMP. VEDEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE, *assesseur* ESTOR.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, *doyen.*
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Clinique des maladies des enfants	LEENHARDT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MASSABUAU.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.
Accouchements (Ch. de c.)	P. DELMAS.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS, RODET, BAUMEL, TEDENAT, MAIRET.

Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie	MM. J. DELMAS.
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	P. DELMAS.
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL.
Stomatologie	Dr WATON.
Histologie	Dr F. GRANEL.
Clinique des maladies des vieillards	Dr BOUDET.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. GAUSSEL. MARGAROT.	Chirurgie	MM. RICHE. ETIENNE. LAPEYRE.
Anatomie	J. DELMAS.	Histoire natur.	GALAVIELLE. CABANNES.
Chimie	FLORENCE.	Physique	N...

Examinateurs de la thèse :

MM. EUZIÈRE, profr, *président.*	MM. GAUSSEL, agrégé.
DUCAMP, professeur.	MARGAROT, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage d'affection et de reconnaissance pour tous les sacrifices qu'elle s'est imposés pour moi.

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

M. KOSTITCH.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR EUZIÈRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES
ET NERVEUSES

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Qui a bien voulu nous inspirer et présider cette thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCAMP

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Dont la bienveillante attention a été pour nous un stimulant précieux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANEL

PROFESSEUR DE BOTANIQUE
ET D'HISTOIRE NATURELLE MÉDICALES

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Que nous sommes très heureux de compter parmi les grands amis de notre nation.

A MON JURY DE THÈSE

A M. LE DOCTEUR BLOUQUIER DE CLARET

CHEF DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

Dont le concours nous a été si précieux.

Témoignage des sentiments de reconnaissance qu'un Serbe, qui a profité de la bienveillante hospitalité française, éprouve pour la vieille Faculté montpelliéraine, pour les maîtres qui ont dirigé ses études, et dont il est fier d'avoir été l'élève.

M. KOSTITCH.

L'INVALIDITÉ MORALE ACQUISE

POST-NÉVRAXITIQUE

CHAPITRE I

INTRODUCTION ET DÉFINITION

Au cours de ces dernières années les différents cas d'encéphalite léthargique qui ont été observés, soit pendant des épidémies, soit sur les cas sporadiques qui ont servi de trait d'union entre les divers foyers épidémiques, ont montré que le cadre primitivement restreint de la maladie de Netter devait être grandement élargi. Les diverses formes cliniques observées dans la période aiguë, ainsi que les manifestations post-névraxitiques survenant à des intervalles plus ou moins éloignés du début de la maladie, sont aussi multiples que variées. Dans le présent travail nous nous attacherons à décrire certaines de ces séquelles post-névraxitiques qui évoluent souvent comme des manifestations autonomes, et pour lesquelles l'anamnèse seule nous permet de retrouver la cause première.

Parmi ces différentes séquelles, notre attention a été surtout attirée par certains troubles mentaux apparais-

sant chez des sujets jusque-là bien portants au point de vue mental, et souvent sans aucune tare héréditaire, et prenant une telle gravité que l'internement peut parfois être envisagé.

Les différents troubles mentaux qui peuvent suivre l'encéphalite léthargique peuvent être classés en trois ordres, d'après Kahn :

a) Ceux qui apparaissent à la fin des accidents aigus, ne présentant rien de particulier, mais se manifestant sous forme de symptômes banaux de toxi-infection ;

b) Des obsessions et des phobies consécutives aux séquelles neurologiques ;

c) Syndromes psychiques proprement dits, parmi lesquels on a observé presque tous les grands syndromes mentaux classiques, et, à notre avis, on doit y ajouter les troubles portant sur l'être moral.

Nous ne comptons point envisager les troubles mentaux proprement dits, mais bien nous borner à étudier d'une façon particulière un point qui nous a paru intéressant et s'isoler, somme toute, des manifestations mentales proprement dites : nous voulons parler d'un trouble portant non sur l'intelligence, la mémoire ou l'être intellectuel, mais bien sur l'être moral. L'invalidité morale acquise nous paraît actuellement mériter une place à part dans le cadre nosographique des séquelles post-névraxitiques et c'est pour cela qu'en nous basant sur une série d'observations recueillies dans le service de M. le professeur Euzière, nous croyons pouvoir affirmer l'existence de l'invalidité morale acquise succédant à un processus infectieux et en particulier chez les sujets ayant été atteints de névraxite épidémique. Tout l'intérêt de la question se révèle d'emblée lorsque, après avoir suivi comme nous l'avons fait les malades dont nous

rapportons l'observation plus loin, nous nous demandons quel est l'avenir de ces tarés moraux, pour lesquels d'une façon particulièrement angoissante peut se poser à un moment donné la question de l'internement ou de sanctions judiciaires qui, fatalement, un jour ou l'autre surviendront. Et c'est ainsi que nous voyons la névraxite épidémique, maladie infectieuse, poser un problème médico-légal des plus difficiles à résoudre : problème qui intéresse non seulement les médecins, les psychiatres, les éducateurs, mais encore les magistrats.

Lorsqu'on parcourt les différents ouvrages traitant de l'invalidité morale, on est confus par le très grand nombre de synonymes donnés par les divers auteurs à ce syndrome. Ainsi, pour ne citer que quelques-unes de ces dénominations, nous avons trouvé, en parcourant la littérature se rapportant à ce syndrome, qu'on le désignait sous les noms suivants :

Maniaques sans délire (Pinel).

Folie morale (Prichard).

Aveugles moraux (Schüle).

Anesthésiques du sens moral (Gilbert-Ballet).

Fous lucides (Trélat).

Criminels-nés (Lombroso).

Anormaux constitutionnels. Pervers instinctifs. Aliénés difficiles (H. Colin).

Aliénés à séquestrations multiples (Charpentier).

Déséquilibrés insociables à internements discontinus (Bonhomme).

Demi-fous et demi-responsables (Grasset).

Anormaux à perversions instinctives (H. Colin et G. Demay).

Psychoses morales (Blouquier de Claret).

Invalides moraux (Mairet et Euzière).

Nous adopterons cette dernière dénomination parce qu'elle nous semble répondre à la plus grande majorité des cas. En effet, la plupart de nos malades ne sont pas des aliénés au sens propre du mot, mais bien des tarés moraux. Le degré de cette invalidité morale est variable, et, si certains sont des invalides moraux complets, on peut retrouver chez d'autres des degrés divers portant tantôt sur une partie minime de l'être moral, tantôt au contraire ayant annihilé complètement celui-ci. Il nous paraît logique d'adopter pour l'invalidité morale, comme on le fait par exemple pour l'imbécilité, une classification dans laquelle on s'efforcerait de faire rentrer des invalides moraux ; qui, nous semble-t-il, peuvent toujours trouver leur place soit dans l'invalidité morale totale, soit dans l'invalidité morale moyenne, soit enfin dans une légère atteinte de l'être moral. Les sujets qui en seraient atteints pourraient être appelés des invalides moraux légers ou petits, à opposer aux invalides moraux totaux et aux invalides moraux moyens.

Cette diversité des noms, sous lesquels les auteurs désignaient l'invalidité morale, nous prouve déjà que les cas observés ne sont pas tous les mêmes ; au contraire, ils sont fort disparates et, au premier abord, il paraît très difficile, sinon impossible, de les classer tous dans le même groupe.

Néanmoins, on peut se rendre compte que tous les sujets désignés sous ces différents noms présentent certains caractères qui les différencient des aliénés, car ils ont leurs facultés intellectuelles relativement normales, quelquefois même tout à fait normales.

Nous les définirons donc, avec H. Colin et G. Demay, de la façon suivante : « les anormaux pervers sont caractérisés par un arrêt de développement de l'affectivité et

du sens moral, et la perversion des instincts, contrastant avec l'intégrité relative des facultés intellectuelles et déterminant des réactions antisociales permanentes. »

Pour MM. Mairet et Euzière, ce sont « des anormalement développés dont les anomalies peuvent porter sur l'ensemble de l'être psychique, mais atteignent d'une manière constante et prépondérante la sensibilité morale».

Il ne rentre pas dans le cadre de notre ouvrage de faire une description clinique complète de l'invalidité morale, dont la symptomatologie très polymorphe et la classification sont faites par MM. Mairet et Euzière dans leur livre « Les invalides moraux ». Notre but est de démontrer, à l'appui d'observations que nous apportons, que ce syndrome, considéré jusqu'à présent comme héréditaire ou congénital, ou ne survenant que chez les tarés ou dégénérés, peut être créé de toutes pièces chez des sujets ayant eu une infection, et en particulier l'encéphalite léthargique, sujets normaux avant l'atteinte de l'infection névraxitique et ne présentant aucune tare héréditaire.

Avant d'entreprendre cette étude, nous rappellerons brièvement les éléments essentiels dont se compose la physionomie clinique de ces malades :

« 1° *Antisociabilité et antiéducabilité*, symptôme dominant, le plus caractéristique et le plus constant. Il a pour corollaire la multiplicité des séquestrations soit à la prison, soit à l'asile, et l'inintimidabilité, de pareils sujets étant absolument réfractaires aux sanctions morales ;

» 2° *L'absence d'affectivité*. — Non seulement ces individus sont profondément égoïstes, incapables d'éprouver le moindre sentiment désintéressé, mais ils se complaisent à faire le mal, à créer autour d'eux le désordre ;

» 3° Contrastant avec le caractère précédent, *l'inté-*

grité relative des facultés intellectuelles. Certes, le niveau mental est des plus variables, mais les principales fonctions psychiques (mémoire, attention, association des idées) s'accomplissent correctement, et, en tous cas, la discordance est frappante avec la perturbation des sentiments moraux ;

» 4° *L'absence de délire et de troubles sensoriels ;*

» 5° *L'impulsivité et la faiblesse de la volonté*, ce qui explique leur *instabilité* ;

» 6° *La sensibilité très grande de ces sujets pour l'alcool.* »

A ces caractères principaux, communs à l'invalidité morale congénitale et acquise, nous croyons pour cette dernière pouvoir ajouter un certain nombre de caractères que nous relevons à peu près dans chacune de nos observations : nous voulons parler des tendances aux fugues qui s'expliquent par l'instabilité physique et morale ; de la grande fréquence des idées de suicide qui, chose intéressante à noter, n'évoluent pas sur un fond lypémaniaque ; de l'irritabilité et des tendances aux taquineries que les malades font subir aux personnes de leur entourage, et enfin, et surtout, de l'excitation génésique souvent prépondérante, qui finit par faire de ces sujets des masturbateurs effrénés, et il est certain que ce triste vice intervient à son tour, de façon surajoutée, pour entraîner une aboulie plus grande et une dépression générale marquée.

Ces différents symptômes ne sont ni les seuls, ni toujours tous présents, ni au même degré chez les différents sujets, d'où une très grande variété de formes cliniques observées chez ces malades.

Nous avons dit plus haut que la plupart des auteurs qui se sont occupés de l'invalidité morale, tout en lui

donnant des noms les plus divers, l'ont, jusqu'à ces dernières années, considérée comme une maladie essentiellement héréditaire ou congénitale, ou tout au moins n'apparaissant que chez les sujets tarés par leur ascendance, de véritables prédisposés.

Il faut en venir à Krafft-Ebing et Schüle qui, les premiers, admettent la possibilité d'une invalidité morale acquise, causée par une infection, une intoxication, ou un traumatisme cérébral. MM. Mairet et Euzière émettent bien cette hypothèse, mais ne l'affirment point, aucune de leurs nombreuses observations ne venant à son appui. Arnaud s'élève contre cette conception ; pour lui, les perversions affectives ressortissant à cette étiologie ne sont qu'un élément accessoire de tout un ensemble symptomatique, et il réserve le nom de folie morale à une affection toujours congénitale. Dupré, au contraire, dans son rapport au Congrès de Tunis (1912), décrit des perversions instinctives acquises, consécutives à des encéphalopathies variées. H. Colin et G. Demay partagent entièrement cette manière de voir et citent même des cas où ce syndrome est apparu chez des commotionnés de la guerre.

Nous nous rangeons du reste à ce dernier avis, car la preuve pour nous apparaît éclatante qu'à la suite d'une toxi-infection, à germe connu ou inconnu, à la suite de la névraxite épidémique en particulier, l'invalidité morale acquise est créée de toutes pièces. Nous croyons du reste, sans plus insister, que la lecture seule des observations rapportées est une démonstration frappante de ce que nous avançons.

Avant de relater les faits cliniques sur lesquels nous nous basons pour extraire du cadre nosographique l'invalidité morale acquise post-névraxitique, la seule que

nous voulons traiter dans ce travail, nous indiquerons le plan que nous avons suivi.

Notre travail comprend un chapitre d'historique de l'invalidité morale acquise post-névraxitique, un chapitre d'étiologie, un chapitre renfermant des observations cliniques, un chapitre d'anatomie pathologique, un chapitre de pathogénie, un autre de diagnostic, un autre de pronostic et enfin un chapitre concernant le traitement. Dans le dernier chapitre nous nous réservons de conclure, exposant ainsi les traits les plus saillants et qui méritent de retenir l'attention.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Dans ce chapitre nous ne nous étendrons pas longuement. En effet, l'encéphalite léthargique étant une maladie qui, bien que sa description paraisse se retrouver dans la plus haute antiquité, n'est bien décrite et isolée que dans ces dernières années, l'historique de ses séquelles est forcément bref.

Un fait intéressant est à noter à ce sujet : les séquelles mentales paraissent avoir été les dernières étudiées, et parmi elles le syndrome dont nous nous occupons n'a attiré l'attention des auteurs que tout dernièrement.

Ce n'est qu'en mars 1920 que le professeur H. Claude, dans sa communication à l'Académie de médecine sur « Les suites éloignées de l'encéphalite épidémique », parle des modifications de l'humeur et du changement de caractère chez certains sujets ayant présenté l'infection névraxitique. C'est à cette date que, pour la première fois, nous retrouvons décrits un certain nombre de symptômes qui nous paraissent former le fond de

cette anomalie morale qui est l'invalidité morale acquise post-encéphalitique.

D'autres auteurs, Briand, Rouquier, Borel, Pic, R. Cruchet, en étudiant les diverses séquelles mentales de l'encéphalite léthargique, ont bien noté que quelques-uns de ces sujets présentaient de l'instabilité, de l'impulsivité, du changement du caractère avec mêmes idées de suicide, mais n'en font pas une étude détaillée.

C'est Blouquier de Claret qui, le premier, parle d'une psychose morale post-névraxitique et lui consacre un chapitre dans sa thèse en juillet 1921.

Quelques mois plus tard, M. Briand, dans une communication à l'Académie de médecine, étudie les séquelles psychopathiques de l'encéphalite épidémique au point de vue médico-légal et note l'existence des fugues, de changement du caractère, de tentatives de suicide, violences vis-à-vis de l'entourage, etc. Puis, en collaboration avec Reboul-Lachaux, présente à la Société clinique de médecine mentale 6 cas de séquelles mentales observées chez les enfants et ayant une ressemblance absolue avec les petits débiles à instincts pervers congénitaux.

Presque à la même époque, G. Robin a communiqué à la même Société l'observation de trois enfants présentant des troubles semblables à ceux décrits par Briand et Reboul-Lachaux à la suite de l'encéphalite épidémique.

V. Truelle et G. Petit, dans leur rapport sur les troubles mentaux de l'encéphalite léthargique au Congrès de Quimper (août 1922), signalent de nombreuses réactions médico-légales : violences, vols, fugues, viols, exhibitionnisme, suicide, etc., accomplies par des anciens encéphalitiques dont quelques-uns nous paraissent bien

répondre à la définition de l'invalidité morale que nous avons donnée au début de ce travail.

En novembre dernier, Roubinovitch, Barük et Bariéty; Robin; Hamel et Merland, ont présenté à la Société clinique de médecine mentale plusieurs cas, dont la plupart survenus chez des enfants de 12 à 15 ans, avec un syndrome mental qu'ils ne nomment pas, mais dans lequel nous croyons pouvoir très exactement retrouver les principaux signes constitutifs de l'invalidité morale.

Enfin, nous retrouvons dans deux communications, faites à la Société des sciences médicales et biologiques du Languedoc méditerranéen au mois de mars 1923 par MM. Euzière et Blouquier de Claret, les symptômes caractéristiques de l'invalidité morale acquise post-névraxitique. L'une de ces observations signalant surtout de l'excitation génésique poussée à un tel degré que la malade qui en fait l'objet a dû être éloignée de sa famille pour éviter un rapprochement sexuel avec son frère; et l'autre montrant combien difficile est parfois la surveillance à exercer sur des sujets manifestant des tendances au suicide, puisque la mort par noyade a été l'aboutissant de ces troubles moraux.

Ces troubles portant sur l'être moral à la suite de l'infection névraxitique n'ont pas été seulement étudiés en France, mais à l'étranger. En Amérique surtout, divers auteurs ont observé et noté ces modifications de l'être moral, et nous en retrouvons la preuve dans l'article de *Franklin G. Ebauch, Director of neuropsichiatric Department of the Philadelphia General Hospital, paru dans American Journal of Diseases of children (N° 2, février 1923).*

En Allemagne également ces troubles ont été observés et décrits. Nous en trouvons les traces dans *Klinische*

Wochenschrift de juillet 1922, page 1446, dans un article intitulé : « *Psychische Residuærzustænde nach Encephalitis Epidemica bei Kindern* » par le prof. K. Bonhoefer.

Ce sont surtout, d'une part la diversité de manifestations cliniques, et d'autre part l'absence de travail rassemblant et groupant ces divers faits cliniques, qui nous ont inspiré, d'après le conseil de M. le professeur Euzière, l'idée de réunir, en les condensant, dans un travail d'ensemble, les différentes manifestations qui font du sujet qui les présente un invalide moral.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE

Nous ne voulons dans ce chapitre, comme dans les autres d'ailleurs, étudier que l'invalidité morale acquise consécutive à l'infection névraxitique, laissant délibérément de côté tout ce qui a trait à l'encéphalite léthargique elle-même, dont l'étiologie, bien que toujours en étude, est actuellement assez connue.

Parmi les divers facteurs étiologiques : hérédité, âge, sexe, maladies antérieures, profession, etc., qui interviennent dans chaque maladie, tant pendant son évolution aiguë que dans ses complications et ses séquelles, pour lui donner une allure spéciale et propre, nous chercherons s'il n'y en a pas dont l'influence s'exercerait d'une façon particulière dans la genèse de l'invalidité morale acquise post-encéphalitique.

Lorsqu'on étudie les différents cas publiés pouvant être rattachés à ce syndrome, ainsi que les observations que nous avons rapportées, on est frappé par ce fait que la presque totalité des cas concernent des enfants ou

des adolescents, d'une façon plus précise à la période prépubérale. Ce fait nous paraît d'autant plus intéressant qu'il est exactement l'inverse de ce qui se passe dans l'encéphalite épidémique pendant son évolution aiguë. En effet, ce sont surtout les adultes qui paient le plus lourd tribut à la névraxite épidémique ; les enfants, au contraire, sont moins fréquemment atteints. Cette prédilection de l'encéphalite léthargique pour les adultes est expliquée par J. Lépine de la façon suivante : véritables causes prédisposantes, parmi les adultes, en effet, on trouve beaucoup plus de surmenés, de tarés nerveux ou d'individus qui, pour des raisons organiques, ont une mauvaise nutrition de leur système nerveux, ou une toxi-infection de leurs centres nerveux, d'où un état d'affaiblissement et de moindre résistance à l'infection névraxitique. Cette manière de voir nous paraît parfaitement exacte en ce qui concerne l'encéphalite épidémique dans son atteinte primitive. Mais, alors, est-ce que la fréquence plus grande chez les enfants des séquelles psychopathiques ne paraît pas étrange, presque paradoxale ?

Nous ne trouvons qu'une réponse capable de donner une explication satisfaisante de ce fait, si paradoxal en apparence : c'est que, chez les enfants, le système nerveux en général, et la fonction psychique ainsi que la formation de l'être moral en particulier, sont en voie de développement. Or, il est en pathologie générale aujourd'hui nettement établi que, lorsqu'une infection envahit l'organisme, elle se localise plus volontiers sur les organes ou sur les parties d'organes qui sont en voie d'accroissement, ainsi qu'on l'observe si fréquemment pour l'ostéomyélite aiguë des adolescents.

Le cerveau et l'intelligence de l'enfant sont à la

période prépubérale en état d'hyperactivité et, comme sur une cire vierge, les moindres acquisitions laissent une empreinte prépondérante. Il n'est donc pas étonnant que, si des troubles surviennent dans les échanges biochimiques et physiques des centres nerveux, certaines portions de ces centres peuvent s'atrophier, d'autres s'hypertrophier et amener enfin ce déséquilibre qui se rencontre chez l'invalide moral, chez qui, en effet, les sentiments mauvais ont une prépondérance sur les sentiments bons.

Les autres facteurs étiologiques se rapportant au terrain sont de moindre importance. L'hérédité ne paraît pas avoir une influence très grande dans la genèse de cette invalidité morale acquise, parce que dans plus de la moitié des cas on ne trouve rien dans les antécédents des malades pouvant expliquer les manifestations cliniques qu'ils présentent plus tard.

L'hérédité cependant, pour si peu importante qu'elle soit, ne peut pas être laissée de côté. Dans plusieurs observations, celles rapportées par MM. Briand et Reboul-Lachaux entre autres, l'hérédité mentale directe, ou plus souvent collatérale, est notée. A notre avis, on ne doit pas attacher une trop grande importance à cette hérédité mentale; car la névraxite épidémique, frappant fréquemment des individus sans antécédents pathologiques, doit comme séquelle léser aussi des sujets normaux au point de vue mental et moral jusque-là. Dans les cas personnels que nous avons eu l'occasion d'observer, il nous a été impossible de retrouver des antécédents mentaux, et c'est bien pour cela que ces sujets nous sont apparus comme faisant une classe à part qui a acquis droit de citer dans l'invalidité morale, et nous nous croyons tenu d'ajouter à la suite de ces

termes le qualificatif acquis, montrant par là que les cas observés sont bien et exclusivement imputables à l'infection névraxitique, qui a créé de toutes pièces l'invalidité morale acquise.

Les maladies antérieures, le sexe et le genre de vie, eux non plus, n'influent en rien comme cause prédisposante d'invalidité morale acquise post-névraxitique.

Quant aux facteurs étiologiques se rapportant non plus au terrain, mais à l'agent pathogène de l'encéphalite léthargique et son rôle dans la production de l'invalidité morale, il nous est bien difficile de dire dans quelles proportions il intervient dans la constitution de cet état, vu le peu de certitude dans laquelle on se trouve à présent sur l'agent pathogène de l'infection névraxitique, ses propriétés et son mode d'action.

De l'étude des observations que nous avons faite il nous paraît pour l'instant impossible de dire si une forme de la névraxite épidémique prédispose de façon particulière à l'invalidité morale. Mais, toutefois, il nous paraît que pendant la période aiguë les sujets ayant présenté des troubles mentaux aigus, un délire violent, sont ceux qui plus tard verront évoluer comme séquelle cet état si pénible que constitue l'invalidité morale acquise. L'encéphalite léthargique typique, lorsqu'elle revêt une forme grave ou prolongée, se retrouve comme l'agent de l'invalidité morale chez deux de nos malades. La jeune Madeleine M., elle, au contraire, a présenté à l'Hôtel-Dieu de Marseille, comme première manifestation de l'infection névraxitique, un état méningé qui s'est compliqué par la suite de manifestations choréiques. On peut donc dire que le plus souvent on ne verra évoluer l'invalidité morale que chez des sujets ayant

réalisé une infection de gravité moyenne ou très grave, et que les cas légers, les cas frustes, ou monosymptomatiques, comme le hoquet épidémique, n'ont pas, du moins à notre connaissance, donné lieu à l'invalidité morale acquise post-névraxitique.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il paraît peut-être un peu osé de vouloir faire un chapitre spécial d'anatomie pathologique pour décrire les lésions constatées chez les invalides moraux acquis post-névraxitiques. A notre connaissance, en effet, nous n'avons relevé dans la littérature médicale qu'une observation d'invalidité morale acquise post-encéphalitique suivie d'autopsie, parue dans le compte rendu du Congrès de la Société pour l'avancement des sciences tenu à Montpellier en juillet 1922, observation présentée par MM. le professeur Euzière et Blouquier de Claret.

Nous pouvons même nous demander si les lésions signalées par ces auteurs sont bien les lésions constitutionnelles de l'invalidité morale acquise. En effet, nous retrouvons dans leur description, que nous rapportons à la suite de l'observation. I, des lésions décrites dans l'encéphalite léthargique. Macroscopiquement, hyperhémie d'un côté avec dilatation intense, piquetés hémorragiques siégeant surtout au niveau des pédoncules

cérébraux et dans la substance blanche, avec, au point de vue microscopique, margination leucocytaire et manchon périvasculaire. Mais, ce qui nous paraît spécial à ce cas et qui, peut-être, représente le substratum anatomique de l'invalidité morale post-névraxitique, ce sont tout d'abord les différences qui sont relatées dans le protocole des autopsies d'encéphalitiques décédés au cours de la période aiguë et des lésions signalées par MM. Euzière et Blouquier de Claret. En effet, nous nous trouvons dans ce cas en présence des lésions qui se rapprochent bien de celles mieux connues de la névraxite épidémique, mais qui présentent toutefois un caractère différent. Comme les auteurs le remarquent, on se trouve en présence des modifications histologiques paraissant définitives et n'ayant plus ce caractère aigu évolutif, qu'on est habitué à trouver à l'examen des centres nerveux, sur l'écorce cérébrale, où serpentent des veines turgides, gonflées de sang. Les enveloppes des centres nerveux sont indemnes et, somme toute, ce qui fait la caractéristique de ces processus anatomo-pathologiques, c'est l'intensité relativement plus grande des lésions portant sur la corticalité plutôt que celles trouvées sur les pédoncules cérébraux, en particulier sur le locus niger et le plancher du 4me ventricule. Les auteurs signalent au niveau de la corticalité des lésions cellulaires consistant en différents stades de neurophagie et, à leur suite, la disparition des éléments nobles, une prolifération de la névroglie intense qui peut, peut-être, expliquer les transformations survenues dans l'être moral de l'enfant qui fait le sujet de cette observation. On se trouve bien en présence d'un processus de sclérose, processus définitif qui rappelle, jusqu'à un certain point, les lésions constitutives de la

démence précoce, c'est-à-dire des lésions neuro-épithéliales.

Mais à côté de cette sclérose cellulaire, il existe, surtout au niveau des pédoncules cérébraux et du 4me ventricule, des lésions vasculaires qui, pour ne pas être aiguës ainsi qu'en témoignent les examens histologiques, n'en existent pas moins. La dilatation vasculaire, quoique peu intense, se voit ; la margination et la sortie hors des vaisseaux des leucocytes montrent qu'un processus toxi-infectueux subaigu persiste ; c'est du reste, à notre avis, là qu'il faut trouver la cause de la persistance du virus encéphalitique qui, au cours d'un réveil, a créé les manifestations symptomatiques qui ont précédé de peu le décès de la malade.

Il est bien évident que ce seront les autopsies avec des examens anatomo-pathologiques multipliés qui pourront donner la certitude des lésions constitutives de l'invalidité morale acquise. Nous n'avons garde de vouloir ériger en dogme l'idée qui nous paraît pourtant devoir se dégager de l'examen histo-pathologique des centres nerveux de la jeune M. G... Nous croyons toutefois pouvoir exposer que, dans cette unique observation figurant dans la littérature médicale, il est possible de dégager deux idées. La première, c'est que des lésions subaiguës portant surtout sur le système vasculaire et siégeant au niveau de mésocéphale relèvent d'une infection lente et peu virulente de ces centres nerveux. Ce ne sont pas là, croyons-nous, les lésions qui expliquent les modifications de l'être moral qui ont caractérisé les derniers mois de la vie de la malade. La deuxième idée qu'il nous paraît possible d'émettre, c'est que c'est dans la diminution du nombre de cellules de la corticalité et dans leur remplacement par la névroglie que doivent se

retrouver et s'expliquer les modifications portant sur l'être moral.

Nous avons bien soin de redire encore une fois que ces idées personnelles doivent, pour avoir une valeur certaine, être confirmées ou infirmées par une série d'autres examens anatomo-pathologiques.

CHAPITRE V

PATHOGÉNIE

C'est un des problèmes certainement des plus difficiles, mais des plus intéressants aussi, que de vouloir donner une explication pathogénique de l'invalidité morale acquise. Nous croyons cependant, ne serait-ce que pour l'ébaucher, de notre devoir de donner une explication pathogénique de ce trouble moral qu'est l'invalidité morale acquise post-névraxitique. Beaucoup plus simple certainement est l'explication de l'invalidité morale congénitale. Comme il existe chez ces sujets des stigmates de dégénérescence physique, chez eux aussi au point de vue moral doivent se trouver les malformations ayant pour substratum des lésions plus ou moins intenses de leurs centres nerveux. Ces malformations étant sous la dépendance de l'hérédité, d'infection ou d'intoxication des ascendants, chez ces anormaux il existe un déséquilibre entre les tendances pathologiques de certains sentiments, mauvais pour la plupart, et l'action fréna-

trice de la volonté qui n'intervient plus ou ne le fait qu'incomplètement.

En parlant de ces invalides moraux congénitaux atteints de stigmates physiques et moraux de dégénérescence, on peut s'élever jusqu'à la conception pathogénique de l'invalidité morale acquise, et, calquant en quelque sorte la notion de validité morale sur l'idée de responsabilité, si bien décrite par le professeur Grasset dans son livre « Demi-fous et demi-responsables », on peut dire que la responsabilité et la validité morale sont « fonction de la normalité des neurones psychiques ». On comprend donc que dans certains cas les centres psychiques corticaux, qui sont éminemment complexes et divisibles, peuvent être sains, profondément altérés ou partiellement atteints. Pour nous donc, l'invalidité morale acquise est acquise du fait des troubles au début organiques, à la fin fonctionnels se passant au niveau de la corticalité. Cette idée n'est pas du reste une pure vue d'esprit, puisque l'anatomie pathologique, sur laquelle nous basons notre pathogénie, nous démontre qu'il existe des modifications cellulaires, des proliférations névrogliques consécutives à l'infection névraxitique. Et cela serait même par le degré tout d'abord et l'étendue, et le siège de ces lésions ensuite, qu'on pourrait avoir l'explication de ces différents cas cliniques, si divers, qui constituent l'invalidité morale acquise post-névraxitique.

Pour nous, il y a donc une relation de cause à effet manifeste entre, d'une part, l'infection par le virus névraxitique des centres nerveux portant surtout sur le mésocéphale et, d'autre part, les altérations portant sur l'être moral, qui font des sujets qui en sont atteints, des pervers moraux. Dire si c'est le virus lui-même qui intervient ou, ce qui est plus probable, les toxines emportées

par le courant circulatoire et se localisant avec prédilection sur les cellules nerveuses, comme la toxine tétanique par exemple, c'est bien difficile. Sont-ce plutôt des modifications d'ordre physico-chimique qui se produisent dans l'intérieur tissulaire lui-même, qui sont le point de départ des altérations cellulaires constatables microscopiquement et qui expliqueraient alors les troubles du caractère, ce sera la suite des temps qui nous permettra d'arriver peut-être à la certitude. Pour l'instant, nous basant sur l'unique observation de l'invalidité morale acquise post-névraxitique suivie d'autopsie, nous préférons considérer que les centres nerveux, surtout le mésocéphale, sont des réservoirs de virus névraxitique au niveau desquels constamment, de façon lente, mais progressive, s'élaborent et partent des toxines qui, petit à petit, lèsent les éléments nobles de la corticalité, amènent leur atrophie, conditionnant en un mot les manifestations caractéristiques de l'invalidité morale acquise. L'être moral, en effet, est fonction, croyons-nous, de la normalité des éléments tissulaires, et la moindre atteinte dans une partie quelconque des ces éléments amènera, suivant le siège, des troubles d'ordre moteur, d'ordre sensitif, d'ordre intellectuel, d'ordre même moral, et c'est par la connaissance et par la constatation des différents points lésés que nous arriverons, tout comme pour la topographie motrice ou sensitive, à localiser les différents centres constitutifs de l'être moral. L'invalidité morale acquise post-névraxitique est donc bien sous la dépendance de l'infection qui lèse certains éléments cellulaires, siégeant, nous semble-t-il, sur la corticalité, et ce sont ces lésions qui doivent expliquer le déséquilibre moral, manifestation de l'invalidité morale acquise.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

Observation I

(Observée par M. le docteur Blouquier de Claret à l'asile d'aliénés de Montpellier. Service de M. le professeur Mairet)

Le 31 mai 1921 est admise d'office à l'asile la jeune M. G., âgée de 11 ans. L'aspect extérieur de la malade est des plus singuliers. Elle nous apparaît avec un strabisme double divergent, un ptosis de la paupière supérieure gauche et un état d'engourdissement physique et psychique des plus particuliers.

Les *antécédents héréditaires* nous apprennent que le père, tué à la guerre, a eu le paludisme, mais n'aurait été ni un alcoolique, ni un syphilitique. La mère, de tempérament nerveux, a eu un avortement de trois mois lors de sa première grossesse. Depuis lors, trois grossesses normales. D'après ses dires, n'aurait jamais été malade.

Dans les *antécédents collatéraux*, du côté maternel,

le grand-père de la petite malade a été aliéné, interné pendant six mois à l'asile de Montdevergues pour délire mystique très actif, évoluant chez un alcoolique.

Antécédents personnels. — Née à terme, la jeune G. a eu du rachitisme dans sa première enfance ; elle n'aurait fait ses premiers pas que vers 18 mois et n'aurait parlé qu'à l'âge de 2 ans. Entrée à l'école à 5 ans, la fillette y est restée jusqu'à Pâques 1920, époque à laquelle débuta une maladie diagnostiquée encéphalite léthargique.

Le docteur qui l'a soignée nous a fourni les renseignements ci-après. Du 6 au 27 avril 1920, la jeune G. a présenté le tableau clinique suivant : hyperthermie variant de 38° à 39° ; léthargie persistante, l'enfant s'éveillant seulement pour boire ou sur les appels réitérés de sa mère ; strabisme divergent.

Jusqu'à cette maladie, l'enfant n'aurait eu que de l'entérite à 8 mois, une rougeole à 3 ans. La convalescence de l'encéphalite léthargique est restée traînante, la somnolence persistant, ainsi que le strabisme.

Au mois d'août 1920, pour des douleurs dorsales, le diagnostic de mal de Pott fut porté et l'enfant fit un séjour au bord de la mer où ce diagnostic fut infirmé.

La petite malade continua peu ou prou à présenter les mêmes signes contre lesquels on constitua un traitement par des frictions mercurielles. L'enfant allait à l'école où elle apprenait facilement et fut préparée à sa première communion. Cependant, si l'intelligence paraissait conservée, ainsi que la mémoire, la mère et les professeurs remarquèrent que de profonds changements s'opéraient dans l'être moral. Jusque-là l'enfant s'était montrée soumise et affectueuse, mais, petit à petit, ce

furent des sentiments de méchanceté, de colère et une application à mal faire qui se manifestèrent.

La mère, malgré les multiples désagréments que lui attirait sa fille, qui battait, mordait, volait ses amies, la garda jusqu'au jour où, en une crise de colère, l'enfant s'arma d'un couteau, menaçant les personnes qui l'approchaient : il fallut l'interner.

L'examen somatique révéla une enfant malingre, mais de taille suffisante pour son âge. Pas de stigmate de dégénérescence : front bien développé.

Rien aux appareils circulatoire, respiratoire, digestif et urinaire.

Une ponction lombaire pratiquée donne issue à un liquide légèrement hypertendu, coulant à gouttes serrées.

L'examen chimique donne : chlorures 7 gr. 2 p. 1000, albumine 0 gr. 40 p. 1000.

L'examen cytologique à la cellule de Nageotte permet de constater 4 lymphocytes par millim. cube.

La réaction de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien est négative, ainsi du reste que les réactions colloïdales diverses.

La réaction de Bordet-Wassermann, pratiquée à deux reprises différentes dans le sang, s'est toujours montrée négative.

L'examen du système nerveux est des plus intéressants : la parole est monotone, nasonnée et le docteur Cazejust, assistant du professeur Mouret, qui a bien voulu pratiquer l'examen de la fillette, diagnostiqua : parésie du voile du palais, à peine soulevé pendant la phonation ; intégrité du larynx. C'est cet état parétique du voile du palais qui est la cause des troubles constatés dans la phonation.

La langue présente aussi une légère parésie et montre à son niveau de fines trémulations.

Les mêmes tremblements fibrillaires existent au niveau de l'orbiculaire des lèvres.

L'aspect figé, inexpressif est dû à une parésie faciale bilatérale.

L'examen oculaire, dû à l'obligeance du docteur Bouniol, assistant du professeur Truc, permet de constater :

OEil droit : légère parésie du droit interne ; absence du réflexe photo-moteur ; V. O. D. = 0,5 90° + 1 = 1.

Fond d'œil normal.

OEil gauche : ptosis, strabisme externe paralytique (parésie très prononcée du droit interne). Réflexe photomoteur paresseux ; V. O. G. = 1. Fond d'œil normal.

Diagnostic. — OEil droit : parésie du droit interne ; paralysie du sphincter pupillaire ; astigmatisme.

OEil gauche : parésie du releveur de la paupière supérieure ; parésie du droit interne ; parésie du sphincter pupillaire ; vision normale.

Les deux moteurs oculaires communs présentent un état parétique prédominant à gauche. Parésie des muscles ciliaires.

Les membres supérieurs présentent une motilité normale ; les réflexes tendineux et périostés sont normaux ; les mains montrent des cicatrices dues à une brûlure profonde survenue à l'âge de 18 mois et ayant entraîné la perte des phalangettes de l'index, du médius et de l'annulaire droits et de la dernière phalange du pouce gauche.

La réflectivité tendineuse des membres inférieurs est exagérée : quelques secousses de clonus de la rotule à droite. Pas de trépidation épileptoïde ni de Babinski.

Le réflexe abdominal supérieur est aboli. Le réflexe oculo-cardiaque fait passer le pouls de 80 à 64.

Les diverses sensibilités sont indemnes. Il n'y a pas de stigmate d'hystérie, mais du dermographisme très marqué.

L'enfant n'a pas de troubles sphinctériens mais toutefois, lorsqu'elle dort, elle urine sous elle, n'a pas de crises d'épilepsie mais présente des absences.

L'examen mental nous permet de constater que la mémoire est conservée, la fillette récitant des fables qu'elle avait apprises un an avant. Orientée dans le temps et dans l'espace, de petites opérations arithmétiques sont possibles. L'écriture, rendue très difficile à cause de la mutilation signalée plus haut, se fait lentement avec souvent des mots oubliés ou des syllabes sautées.

Tout ce que l'enfant accomplit, tant au point de vue moteur qu'au point de vue mental, est très ralenti. Fréquemment il arrive à la petite G... de s'endormir en écrivant ou en mangeant.

Si la mémoire est conservée, les facteurs synthétiques de l'intelligence sont diminués. Mais ce qui frappe le plus chez cette malade ce sont les troubles de l'être moral. L'enfant témoigne une indifférence assez marquée pour tout ce qui touche les siens et, si elle parle de sa mère, c'est tout simplement pour dire qu'elle se plaindra auprès d'elle des personnes qui l'entourent.

De ses deux frères, elle ne parle jamais.

Pour la moindre contrariété l'enfant est prise d'une colère furieuse, se précipite sur la personne qui lui tient tête et essaie de la mordre, de lui donner des coups de pied, de l'égratigner.

Suivie dans sa vie journalière, la petite G... cherche

à taquiner les autres malades de la section. Prise d'un amour immodéré pour les animaux, elle collectionne les escargots ou les chenilles qu'elle peut ramasser, sans vouloir que personne y touche.

L'enfant est instable dans ses occupations ; elle ne fait rien avec suite.

M. le professeur Mairet résume l'état de cette fillette de la façon suivante : « Cette enfant apparaît comme doublement tarée du fait de son encéphalite léthargique qui a d'une part endormi son être psychique ; d'autre part fait régresser les facultés synthétiques de son intelligence ; diminué, sinon aboli ses sentiments affectifs, ce qui la fait ressembler à une démente précoce ; a fait développer de mauvais instincts, la méchanceté et la colère. On peut la classer parmi les invalides moraux. »

L'enfant s'est montrée toujours identique à elle-même depuis la date de son entrée jusqu'au 1er juillet 1921. A ce moment, après avoir souffert deux jours durant de douleurs à caractère de névralgie sciatique, brusquement la température s'est élevée.

Le 1er juillet, la petite fille, alitée depuis la veille, avait une température de 38°9. La langue saburrale pouvait expliquer par un état gasto-intestinal cette élévation thermique. L'ensommeillement cependant était très marqué et l'examen du système nerveux permit de constater une exagération marquée des réflexes tendineux des membres inférieurs. A droite, silence plantaire ; à gauche, flexion des orteils.

Le pouls à 78 était en discordance avec la température.

L'état mental de la malade est resté le même, bien que l'ensommeillement fût très prononcé. Les seuls symptômes subjectifs accusés étaient de la céphalée et des douleurs spontanées suivant le trajet des sciatiques.

L'alimentation se bornait à quelques prises de lait au cours desquelles la déglutition était normale.

Brusquement, dans la soirée du 1er, des signes alarmants survinrent. Une température de 40°5 et un état asphyxique font craindre la fin prochaine de la petite M. G... La face violacée montrait une hématose insuffisante. L'enfant n'avait que de faibles mouvements respiratoires séparés par des périodes d'apnée considérables. Le pouls était à 140.

En présence de cet état asphyxique, pendant plus de trois heures, on eut recours à des tractions rythmées de la langue et à la respiration artificielle. Les toni-cardiaques les plus énergiques furent employés. Ces différents procédés thérapeutique donnèrent un bon résultat puisque la respiration se rétablit.

Toute la journée du 2 fut marquée par une température élevée dépassant 40°, et par l'augmentation de la somnolence qui devint léthargie véritable. De plus, une ébauche de Kernig. Le Babinski positif à droite, accompagné du clonus de la rotule et de l'exagération des réflexes tendineux, montre l'irritabilité du faisceau pyramidal.

Cet état persista jusqu'au 3, date à laquelle les mêmes signes de l'avant-veille se reproduisirent et amenèrent la mort de la malade.

A l'autopsie, nous ne trouvâmes aucun signe de méningite, mais une vaso-dilatation intense des centres nerveux. Les vaisseaux sanguins fortement dilatés serpentent à la surface des circonvolutions qui ont une teinte hortensia.

A l'examen microscopique, une congestion généralisée existe sur tout l'axe cérébro-spinal, mais prédominant au niveau du IVe ventricule et des pédoncules cérébraux;

les lésions sont très discrètes dans la substance blanche, très accentuées au contraire dans la substance grise. Dans cette dernière, on voit des vaisseaux bourrés de globules rouges mélangés à des leucocytes. Les globules blancs sont en certains points si nombreux qu'ils masquent presque en totalité les hématies. Autour des vaisseaux il y a d'épais manchons de leucocytes. De petits piquetés hémorragiques sont disséminés au voisinage du locus niger.

Quant aux cellules nerveuses, on rencontre partout un processus de neurophagie à différents stades.

En plus de la congestion de la substance grise l'écorce présente une prolifération anormale de névroglie, mais l'infiltration leucocytique et la périvascularite sont beaucoup moins marquées qu'au niveau du mésocéphale.

Observation II

(Personnelle et inédite en ce qui concerne l'invalidité morale ; empruntée à la thèse de M. Jean Daumas pour ce qui concerne la phase aiguë de la maladie.)

Madeleine M..., 15 et demi.

Antécédents personnels. — Pas de maladie antérieure sauf une poussée rhumatismale il y a quelques années.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants, 4 frères ou sœurs également en bonne santé.

Début à la Noël par un syndrome fébrile pour lequel successivement ont été portés les diagnostics de bronchopneumonie (les parents de la famille n'auraient remarqué ni toux ni expectoration), puis de chorée, de méningite et enfin de rhumatisme.

Les phénomènes choréiques consistaient en des mouvements brusques de la tête et du cou qui ont persisté une longue semaine.

La malade se plaignait de douleurs qui n'étaient pas à prédominance articulaire, ne se sont pas accompagnées de gonflement des jointures et étaient localisées uniquement aux membres supérieurs et inférieurs droits.

Pendant 15 jours, la température reste aux environs de 39° ; elle s'accompagne d'insomnie et de délire avec hallucinations terrifiantes (la malade veut écarter son père en train de la poignarder).

Pendant l'évolution fébrile, diplopie nette (la malade voit 2 têtes, 2 cheminées, etc.).

Pas de troubles sphinctériens.

Convalescente en mars, elle part pour la campagne, marchant relativement bien et pouvant courir.

A ce moment on ne remarque qu'une adiposité apparue rapidement, la malade ayant engraissé de 6 kgr. (la mère nous a spontanément déclaré que sa fille présentait une bouffissure anormale).

En juin, apparition d'un hémi-tremblement droit survenu en apparence brusquement après une avulsion dentaire et dans le cabinet du dentiste.

Dès lors, modifications : de l'attitude (corps incliné sur la droite) ; de la marche avec tendance à la rétropulsion, malgré l'inclinaison à droite du corps ; et surtout des mouvements. La mère nous dit que la malade s'asseyait « comme une automate ».

Peu après, apparition des mouvements stéréotypés : la malade porte l'index droit devant la bouche et souffle dessus comme si elle éteignait une chandelle ; ou bien elle porte sa main au cou à diverses reprises.

D'autres fois reniflement durant plusieurs jours. Elle

éprouve fréquemment une sensation de gêne pharyngienne.

Au point de vue psychique, modification considérable du caractère : la jeune fille est devenue désobéissante et désagréable et présente des instincts érotiques très accentués (masturbe son jeune frère âgé de 13 ans, l'incite à la posséder ; se livre également à des attouchements sur des animaux : chien, chat .

A l'occasion d'une réprimande sévère de ses parents, il y a six mois, se tire un coup de revolver dans l'avant-bras gauche (séton).

Malade vue à la consultation de la clinique neurologique à Marseille, le 18 juillet 1921. — Dès son entrée elle frappe par son aspect : tête légèrement renversée en arrière, rigide ; lèvres constamment entr'ouvertes et distantes de 3 cm. environ ; facies inexpressif, bras droit demi-fléchi collé contre le tronc, ne remuant pas pendant la marche.

Ecoulement de salive par la commissure labiale installé depuis longtemps.

Dans la station debout un peu prolongée, tendance à renverser le tronc en arrière et à tomber.

On ne retrouve plus à l'heure actuelle le tremblement qui, après avoir persisté pendant près d'un an, n'existerait à l'heure actuelle qu'à l'occasion d'émotions.

L'examen du membre supérieur droit montre de la rigidité avec conservation de la force musculaire. Le signe du moulinet de Souques est des plus nets, contrastant nettement avec l'épreuve du côté sain.

Il existe depuis des mois une paresthésie du bord cubital de la main droite avec parfois même de véritables douleurs.

A l'examen, hypoesthésie nette dans le territoire du

cubital et douleur à la pression dans la gouttière rétro-épitrochléenne.

Pour les membres inférieurs, la rigidité est nette à droite, mais il existe toutefois une légère parésie décelable par l'épreuve gynécologique et celle de la flexion combinée de la cuisse et du tronc. Mais la rigidité prédomine; car, dans l'épreuve de la chaise, le membre inférieur droit reste immobile, tandis que le gauche se soulève nettement.

Yeux.— Pas de diplopie actuelle. Pupilles régulières, égales, contractiles. Pas de nystagmus.

Parole. — Légère dysarthrie, tendance au rire spasmodique.

Intellect. — Mémoire parfaitement conservée, pas de modification appréciable à première vue des facultés affectives et morales, n'étaient les faits relatés par la mère. Attention normale.

Urine. — Pas de sucre ni d'albumine.

Entre les deux dates, du 18 juillet 1921 et du 19 janvier 1923, notre jeune malade a vu son état moral se modifier en s'aggravant. La mère nous raconte qu'elle a été obligée de se séparer de sa fille parce que cette dernière devenait de plus en plus difficile à garder. Ne supportant aucune observation, cette enfant colère et menteuse présentait une excitation génésique tellement intense qu'elle tente un rapprochement sexuel avec son frère. Tous ces motifs forcèrent les parents à demander l'admission de leur fille dans un établissement pour vieillards incurables, épileptiques et idiots. Au bout de six mois la jeune M..., qui avait été admise à Laforce (nom de l'établissement ci-dessus mentionné), ne put être gardée dans cet asile car son état ne correspondait à

aucune des catégories des malades soignés. La vivacité de son intelligence et la conservation de ses sentiments affectifs n'ont pas permis de la laisser dans la section des idiotes où son aspect l'avait fait tout d'abord classer.

Les parents de la malade essayèrent à nouveau de garder leur fille chez eux, mais cela leur fut matériellement impossible, l'enfant continuant de plus belle à présenter cette tare morale qui la rend insupportable, et c'est pour cela que, le 19 janvier 1923, Madeleine M... entre dans le service de neurologie à l'Hôpital Général, où nous l'avons observée.

On se trouve en présence d'une jeune fille de 18 ans, grande, bien constituée, mais dont l'aspect surprend. Au milieu d'un visage aux traits figés, inexpressifs, les yeux seuls présentent une vivacité, une intelligence qui contrastent étrangement avec le reste de l'ensemble de l'expression. La bouche entr'ouverte, par laquelle s'écoule une salive fluide et abondante, ne contribue pas peu à donner un air hébété à la jeune malade.

L'hypertonie musculaire prédomine sur les fléchisseurs de la tête et des bras. Le cou est fléchi, le menton reposant sur la poitrine, les avant-bras en demi-flexion, les doigts fléchis de la paume de la main font ressembler la jeune fille à un vieux parkinsonien. Aux membres inférieurs, l'hypertonie prédomine sur les extenseurs. Il n'est point étonnant que la marche soit profondément troublée, la malade avance à petits pas, traînant la pointe des pieds, marchant rapidement et tendant à courir après son centre de gravité. Elle se déplace tout d'un bloc et parfois tombe brusquement de tout le poids de son corps contre une cloison ou un obstacle quelconque. Malgré ce, il n'y a point de Rom-

berg, mais la station debout sur un pied est très difficile. Les réflexes tendinéo-périostés sont exagérés ; la force musculaire est normale à gauche, affaiblie à droite. Il n'y a ni Babinski, ni trépidation épileptoïde, ni clonus de la rotule. Les diverses sensibilités sont normales.

Au niveau des organes des sens, on constate que les réflexes pupillaires sont paresseux à la lumière, qu'il existe un nystagmus vertical du globe oculaire droit, dans les mouvements extrêmes du regard à droite. Il n'y a aucune parésie de la musculature extrinsèque des yeux et pas de diplopie.

Au niveau des oreilles on note un catarrhe subaigu bilatéral et l'examen du nez montre une hypertrophie des cornets avec varices de la cloison.

Le goût est normal et aussi la langue, qui est difficilement projetée au dehors, de la bouche ; il existe des tremblements fibrillaires.

On constate une ébauche de rires et de pleurs spasmodiques. Les sphincters sont indemnes ; il n'y a pas de troubles trophiques et pas de manifestations cérébelleuses.

Etudiée au point de vue mental, on constate que l'intelligence de Madeleine M... est normale ; la lecture est agréable et elle s'intéresse à tout ce qui se passe autour d'elle. La mémoire est bien conservée et la malade donne avec une exactitude parfaite tous les renseignements qu'on lui demande sur sa maladie et se souvient des détails les plus minutieux ; il n'existe aucune désorientation dans le temps et dans l'espace. Les sentiments affectifs sont indemnes et la jeune fille regrette le départ de ses parents qu'elle dit aimer autant que par le passé. Il n'y a pas d'hallucinations diverses ; mais, dès que la malade se trouve en présence d'un individu du sexe

masculin, elle s'approche de lui câline, s'informe s'il est marié et lui propose d'emblée d'avoir des relations avec elle. Il n'y a pas de visite où les docteurs ne reçoivent de petits billets qui leur parviennent de la façon la plus inattendue, mais toujours sans que la sœur ou les infirmières s'en aperçoivent et qui contiennent : « Je vous aime et suis à vous. »

Dès qu'elle le peut, Madeleine s'approche des hommes et cherche à les embrasser. De loin, et toujours de façon à ne pas être aperçue, la malade vous envoie des baisers avec la main et témoigne de façon on ne peut plus expressive le désir d'un rapprochement sexuel. La nuit, et fréquemment le jour, la jeune fille se livre à une masturbation effrénée. Rien, ni menaces, ni prières ne peut faire cesser cette honteuse habitude et l'on est obligé d'attacher les mains de la malade pour l'empêcher de se livrer à cet acte.

A côté de cette excitation génésique, qui fait le fond de l'état mental de la malade, on constate une irritabilité qui se traduit par de petits sévices sur les autres pensionnaires, et, lorsqu'on la reprend un peu sévèrement, la jeune fille par ses cris et ses pleurs essaie de vous apitoyer.

De l'ensemble symptomatique que nous venons de décrire, il subsiste que l'encéphalite épidémique a créé de toutes pièces cet état d'hypertonie généralisée propre au pseudo-parkinson post-névraxitique et, de plus, a amené les troubles portant sur l'être moral et caractérisés par une forte excitation génésique et une très grande irritabilité de caractère, troubles qui font de cette malade une véritable invalide morale.

Cette invalidité morale ne saurait être qu'acquise,

puisque rien dans les antécédents héréditaires de la jeune fille ne permet de retrouver une tare psychique ou physique; de même elle ne pourrait avoir d'autre cause que l'encéphalite épidémique dont Madeleine M... a été atteinte il y a 3 ans, puisque l'interrogatoire nous apprend qu'avant cette maladie, elle a été tout à fait normale.

Observation III

(Inédite et personnelle en ce qui concerne l'invalidité morale: due à l'obligeance de M. Péhu, médecin des hôpitaux de Lyon, pour ce qui concerne la phase aiguë de la maladie.)

Pierre P..., 11 ans, entre le 25 février 1920 dans le service de M. Péhu à la Charité de Lyon.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 28 ans, tuberculeux; il était vendeur au « Planteur du Caïffa » et à peu près sûrement éthylique.

Mère bien portante.

Antécédents personnels. — Premier enfant mort de méningite à un an. Le petit Pierre s'est bien porté jusqu'à l'âge de 3 ans. Sa mère l'apporte en ce moment à la Charité, car il présentait des troubles de la marche. On l'a envoyé à Giens pour rachitisme aigu. A Giens, il a eu la rougeole.

Puis bonne santé et *développement intellectuel normal jusqu'à la maladie actuelle;* toujours le premier de sa classe.

La maladie a débuté le 15 janvier 1920 par de la diplopie et de la somnolence. La mère le purge en deux fois et constate dans les matières la présence de petits vers nombreux qui semblent être des oxyures. A ce moment,

il avait de la fièvre vers 39°. N'avait pas de céphalée. Pas de vomissements. Présentait des soubresauts musculaires fréquents. On fait venir le docteur Thomas, qui recommande de la suralimentation. L'état reste stationnaire avec diplopie, somnolence, soubresauts musculaires jusqu'au 16 février. A partir de ce moment l'enfant présenté quelques troubles cérébraux, répondait de travers aux questions qu'on lui posait, présentait des mouvements des membres incoordonnés, se plaignait de voir trouble. Il a vomi deux fois. Le 21 a présenté une température de 40°3 alors que les jours précédents n'en avait pas du tout. Ne se plaignait pas de céphalée. Le médecin, appelé, diagnostique méningite et conseille d'amener l'enfant à l'hôpital.

27 février 1920. — *A l'entrée*, le petit malade présentait un état général moyen. Teint relativement coloré et de l'herpès labial très accusé, intéressant également les deux côtés et même la commissure labiale droite. Il n'en a pas ailleurs. Il est très agité, remuant sans cesse dans son lit, sans mouvement défini et en particulier sans mouvements choréiformes et sans mouvements myocloniques. L'agitation verbale est également très intense. Il prononce des paroles incohérentes, sans suite. Une seule phrase revient sans cesse. Il répète que c'est de la méningite, qu'il va mourir, que personne ne veut le voir. Quand on l'interroge, il répond assez correctement. Il sait son nom, son âge, son adresse. Il a surtout l'écholalie manifeste et constante. Quand on parle à côté de lui, il répète les mots même compliqués, par exemple Cheyne-Stokes. Il dit de temps à autre, spontanément, qu'il a de l'encéphalite léthargique. Pendant la journée d'hier, il n'a pas dormi, il a été presque constamment agité, mais modérément. Il ne cherche pas

à se sauver de son lit. Il se plaint du ventre, ne se plaint pas de la tête, a de la diarrhée. Cette nuit, il a dormi, mais par intermittences : des périodes de 1 h. 1/2 à 2 heures de sommeil sont entrecoupées de périodes d'agitation d'une durée à peu près égale. Pas de vomissements.

L'examen somatique, en dehors de l'herpès signalé précédemment, ne révèle absolument rien. A signaler seulement un peu de nystagmus vertical lorsqu'on fait porter au maximum les globes oculaires en haut. Aucun signe d'ophtalmoplégie. Les paupières se relèvent parfaitement bien. Les pupilles réagissent bien à la lumière. Aucun trouble sensoriel ou des nerfs craniens.

Pouls à 108, régulier.

Réflexes non modifiés. Pas de Babinski, pas de Kernig.

Raie vaso-motrice relativement accusée.

Nuit du 1er au 2 mars.— Le malade est réveillé depuis 21 heures. Il saute au bas de son lit toutes les 5 minutes et parle sans discontinuer ; il chante, il crie jusqu'à minuit 1/2, puis il s'endort. Il se réveille à 4 heures et divague à nouveau. Il se rendort à 5 heures 45.

9 mars 1920. — Agitation toujours très accusée, elle est à peu près continuelle dans la journée, cependant de temps à autre, pendant 3/4 d'heure à 1 heure, il dort d'un sommeil paisible, avec une respiration régulière sans Cheyne-Stokes. Ces dernières nuits, il a bien dormi. En dehors de ces périodes de sommeil, il est constamment agité, remue dans son lit en tous sens. On dirait d'une chorée avec agitation extrême, avec cette différence toutefois que les mouvements sont moins brusques et en apparence plus coordonnés. Plus de mouvements fibrillaires ou fasciculaires de la langue. Il

n'a aucune secousse myoclonique. Il parle sans cesse, prononce toujours des phrases assez incohérentes et surtout présente cette écholalie aussi marquée aujourd'hui que lors de son entrée. Les battements du cœur sont assez accentués à 120, mais réguliers. Ne se plaint pas de la tête. Pas de Kernig. Il a même une souplesse accentuée. En raison de l'agitation, il est très difficile de juger de l'état des réflexes.

12 mars 1920. — Diarrhée toujours très abondante, fétide. A la base gauche, en arrière, sans matité, assez nombreux râles muqueux et sous-crépitants à caractère un peu métallique, sans souffle. D'ailleurs, il tousse beaucoup et n'expectore pas.

18 mars 1920.— La T. décroît depuis 3 ou 4 jours. Ce matin elle est à 37°2. L'état général est médiocre. Il est pâle, paraît avoir maigri. L'écholalie a beaucoup diminué. Il est silencieux, beaucoup moins agité, la loquacité a à peu près disparu. Cependant il a toujours une allure bizarre, mange mal, il porte irrégulièrement sa cuillère dans sa bouche après lui avoir fait décrire un arc de cercle et avec de l'incertitude dans quelques mouvements. Il lui arrive de manger avec les doigts. Parfois il se frotte le nez, puis porte les doigts dans sa bouche. Quand il est assis, il paraît un peu incertain, sans trouble net de l'équilibre cependant. Il ne vomit pas. Il donne l'impression de présenter un certain degré d'obnubilation mentale. Pouls à 120. Dort la nuit, mais pas le jour. On a commencé l'administration de bromhydrate de scopolamine à la dose de 3/10 de milligramme, depuis le 12 mars 1920.

2 avril 1920. — Depuis la dernière note, l'agitation motrice et verbale a beaucoup augmenté : coprolalie permanente. Il se lève sans cesse, parcourt la salle, va

auprès des lits de ses voisins, les embrasse, ne les frappe pas.

En marchant, il oscille, présentant une démarche un peu ébrieuse. Cependant pas de Romberg.

Il a reçu cependant la visite d'un prêtre de sa paroisse, qu'il n'avait pas vu depuis 1 mois, et qu'il a cependant parfaitement reconnu.

3 avril 1920.—Part en observation à Bron après visite du médecin de cet établissement.

Deuxième séjour dans le service, le 29 octobre 1921. — Depuis la fin du premier séjour, en avril 1920, on recueille les renseignements suivants :

D'avril à octobre 1920, séjour à l'asile de Bron. Cet internement est nécessité par l'état indiscipliné du malade, état qui se manifeste par une agitation extrême, des menaces dirigées contre son entourage, des bris d'objets, et qui devient tel à un certain moment que la mise en cellule est nécessaire pendant une quinzaine de jours. En octobre 1920, l'enfant est rendu à sa famille à titre d'essai ; à ce moment, peu d'amélioration. L'enfant se livre à des voies de fait sur ses frères, sur des inconnus. L'enfant reste dans sa famille jusqu'en février 1921. Il est alors placé à la campagne, où il est successivement renvoyé par ses différents patrons, étant impropre à tout travail, maltraitant enfants et bétail.

En juin, l'enfant, revenu dans sa famille à Lyon, la quitte brusquement. Il est arrêté par la police, en route vers Marseille. Le 22 août, nouvelle fugue. L'enfant est repris par la police à Mâcon, s'évade, est repris à Paris d'où il est ramené dans sa famille. Est allé à Paris seul, en mendiant, on ne sait pas exactement par quelle voie (ferrée ou autre). Ne s'en souvient pas.

Depuis ce retour récent, l'état reste le même. L'enfant,

parfois calme, présente à d'autres moments un état d'agitation extrême, insulte et menace son entourage, brise des objets. En dehors de ces troubles mentaux, l'état général du malade reste bon. Depuis le premier séjour dans le service, il n'a jamais été alité.

9 novembre 1921. — Depuis son entrée, souvent agité, menace constamment les sœurs du service, les enfants du service, dit souvent de gros mots. Si on le gronde un peu fortement, il ne sait plus ce qu'il fait. N'a cherché qu'une fois à s'évader de la salle, mais il n'a pas persisté. Aucun signe somatique net, sauf un peu de nystagmus horizontal des deux côtés. Réflexes tendineux normaux. Pas de secousses myocloniques ou autres.

Cœur : 0.

Poumons : 0.

3 décembre 1921. — L'enfant ne peut plus être gardé plus longtemps. Malgré l'administration de KBr, l'état ne s'est guère amélioré. Il bat ses camarades, injurie les sœurs, présente des moments de silence prolongé, d'autres d'exubérance. Il présente d'ailleurs dans ses réponses une lucidité notable. *Avant-hier il s'est sauvé, il a été retrouvé à Givors (Rhône) dans la soirée et ramené ici.* Il est allé probablement par tramway et automobile. Dort bien. S'endort rapidement. Est parti à 16 h. 20 de Longchêne, à 18 heures était à Givors (gare). A été arrêté par la gendarmerie, a couché en prison et ramené par voiture ici.

Cette dernière nuit a mal dormi, a chanté.

12 décembre 1921. — Continue à présenter de l'agitation. Toujours « en course ». Monte sur le mur qui sépare les galeries de la cour. La nuit, s'évade, passe sur tous les lits, complètement perdu.

La mère interrogée, le père également, sont très affir-

matifs sur ce point que *avant* la maladie, c'est-à-dire il y a deux ans, il était sage, docile, tranquille ; il a fait sa première communion à 10 ans, il avait été inscrit à plusieurs reprises au tableau d'honneur ; à l'école, on le considérait comme un modèle. On a fait au petit malade une série de huit injections sous-cutanées de 1 gramme d'urotropine.

Emmené à Bron à 17 heures après examen du docteur Dodero (Asile d'aliénés de Bron, près Lyon).

Le 20 février 1923, le jeune Pierre P... est admis à l'Hôpital Général de Montpellier, où il a été amené par la police qui l'a arrêté pour vagabondage. Ce jeune malade entre dans le service de neurologie, où il est mis en observation, afin de savoir si, malade, il a besoin de soins médicaux, ou si, vagabond sans carnet d'identité, il doit être placé, vu son âge, dans une colonie pénitentiaire.

Le jeune Pierre P... se présente à l'examen comme un véritable invalide moral. C'est un enfant qui a réalisé une fugue pour partir de chez lui et venir jusqu'à Montpellier en passant par Marseille. Lorsqu'on lui demande pourquoi il a fait cela, il répond que c'est pour voir du monde et chercher du travail. Or, nous acquérons rapidement la certitude que le trait dominant de son caractère est la paresse. Les sentiments affectifs pour les siens ont disparu, il parle de la mort récente de sa mère avec un sourire aux lèvres. Jamais il n'a pour les autres malades la moindre attention, refusant de rendre le plus minime service, cherchant au contraire par tous les moyens à faire des niches, à créer du désordre dans le service. Non seulement l'anomalie morale présentée par le jeune Pierre P... porte sur les sentiments affectifs,

mais encore sur la conscience morale entière. Voleur, menteur, se livrant à tous les vices, tels que la masturbation, tels sont les principaux caractères de l'invalidité morale présentés par ce malade. Rien sur lui n'a de prise : l'affection, les gronderies, tout glisse sur cette conscience anesthésiée. On a l'impression que, seul, le châtiment corporel pourrait, peut-être, être compris de ce pauvre malade.

Suivi dans sa vie journalière, Pierre P... ne présente aucun trouble d'intelligence : la mémoire est indemne, l'intelligence vive, bien orientée dans le temps et dans l'espace. Ce jeune malade surprend même par la vivacité et l'à-propos de ses répliques. Du reste, les nombreux petits méfaits accomplis de façon à peu près constante démontrent bien non seulement la préméditation, mais même dans l'accomplissement des actes une intelligence vive, alerte, toujours en éveil. Pierre P... n'accomplira pas un vol à la façon d'un dément ; au contraire, il choisit le moment propice et essaie de faire porter le soupçon sur autrui. Des colères souvent violentes surviennent lorsqu'on le contrarie, et ce sont alors les mots les plus orduriers qui s'échappent de ses lèvres. Le jeune homme irait même jusqu'à frapper les personnes qui veulent s'opposer à l'accomplissement de ses actes.

Excité génésique, Pierre P... l'est non seulement pour la masturbation à laquelle il se livre, mais encore en proposant à des fillettes de son âge ou plus jeunes que lui des rapprochements sexuels.

Lorsqu'on essaie de pénétrer de façon plus précise l'état moral de ce jeune malade, on se rend compte que, sans hésitation aucune, Pierre P... fait remonter à l'infection névraxitique l'origine de ses troubles moraux. Il sait être impuni lorsqu'il explique de cette façon les

méfaits nombreux qu'il commet, et c'est du reste pour cette cause qu'il a été amené à l'hôpital de Montpellier par la police mobile au lieu d'être incarcéré pour vagabondage comme il aurait dû l'être au moment où il a été arrêté.

On peut donc résumer l'état mental et moral de Pierre P... de la façon suivante : A la suite d'une encéphalite épidémique, survenue et traitée à Lyon, dans le service de M. Péhu, médecin des hôpitaux, à la date du 25 février 1920 au 3 avril 1920, avec rechute du 25 octobre 1921 au 10 novembre 1921 et avec en plus deux séjours à l'Asile d'aliénés de Bron, Pierre P... est sorti des services hospitaliers, ne présentant au point de vue physique qu'un léger degré de strabisme interne, mais l'infection névraxitique a fait de ce jeune homme un de ces êtres anormaux, véritables fléaux de la société, qui doivent être classés dans l'invalidité morale acquise. Il est probable que l'avenir du jeune malade est des plus sombres. Il est à craindre qu'en effet, avec le temps, ainsi que nous le constatons depuis le début de cette maladie, les troubles moraux présentés par lui n'iront qu'en s'accentuant, et l'on peut facilement prévoir, sans vouloir voir l'avenir sous des couleurs trop sombres, pour Pierre P... une série d'emprisonnements succédant à une série de séjours dans les hôpitaux ou même d'internements dans les asiles d'aliénés. Des cas comme celui-là posent d'une façon on ne peut plus angoissante la question de la responsablité atténuée. Pierre P... peut-il, doit-il être considéré comme responsable, demi-responsable ou irresponsable ? La réponse sera variable pour les magistrats et pour les médecins. Il nous paraît indiscutable que ce malade devrait être mis en liberté surveillée, l'astreindre à un travail peu fatigant mais

absorbant et, lorsque des méfaits par trop importants seront commis par lui, la question d'internement provisoire se pose dans toute sa rigueur et l'on peut même se demander si, comme M. le professeur Euzière l'a proposé, les châtiments corporels ne devraient pas entrer en ligne de compte au point de vue thérapeutique.

L'observation de Pierre P... a été rendue impossible par la fuite hors de l'hôpital, le 28 février 1923, du malade qui a réalisé, somme toute, une fugue nouvelle lui rendant la liberté après laquelle il aspirait.

Les six observations suivantes (de IV à IX) ont été résumées et prises dans des observations présentées par MM. Briand et Reboul-Lachaux à la Société clinique de médecine mentale, le 19 décembre 1921.

Observation IV

Germaine, 10 ans, est placée à Sainte-Anne pour « agitation hypomaniaque, chorée, tics, troubles de caractère, séquelles de l'encéphalite léthargique ».

La jeune malade en janvier 1920 a eu une maladie étiquetée « grippe », dont les principaux signes cliniques permettent de dire qu'il s'agissait d'une névraxite épidémique à forme myoclonique.

En mars 1920 surviennent des troubles du caractère. L'enfant est d'abord indolente et inerte, puis, en plus de la sialorrhée, devient turbulente, menteuse, méchante, cherchant de faire du mal aux animaux ; se rendant en un mot insupportable. Cet état nécessite son internement.

Les antécédents héréditaires ne révèlent qu'une alié-

née internée dans un asile, cousine germaine de la mère.

Observation V

Gabrielle, 13 ans. Cette enfant en décembre 1918 eut une névraxite épidémique à forme choréique avec troubles oculaires, diplopie et strabisme, puis survient une période de léthargie qui se prolonge jusqu'en mars 1919. A partir de septembre 1920, l'enfant a des troubles du caractère, troubles qui vont en s'exagérant et pour lesquels on l'amène. Les voisins ont porté plainte parce que l'enfant ennuyait tout le monde : mythomane, elle accuse les siens de ses vices ; voleuse, méchante, elle présente de plus des tendances aux fugues.

L'hérédité de Gabrielle est chargée : mère internée pour dégénérescence mentale, mélancolie et idées vagues de persécution ; grand'mère maternelle morte dans un asile, atteinte de la « folie des grandeurs ».

Observation VI

Reine, 10 ans, entre à Sainte-Anne pour « agitation hypomaniaque et perversité des instincts ».

A eu l'encéphalite en janvier 1920 se manifestant par la céphalée, fatigue, vomissement, insomnie, avec agitation d'abord, par léthargie prolongée ensuite, délire et diplopie.

Ramenée à l'école en octobre 1920, Reine s'y montra « foncièrement désagréable » (querelles, colères, taquineries, coups, morsures), d'où le renvoi de l'école.

Admise plus tard dans un pensionnat de province, n'y resta pas longtemps, non plus que dans une famille à la campagne, toujours à cause de ses troubles du caractère qui, à son retour à la maison, vont en s'aggravant : perverse, mythomane, injuriante et perturbante, elle tracassait et torturait les chiens et les chats, maltraitait les autres enfants. D'après sa mère, l'enfant est « aujourd'hui juste l'inverse de ce qu'elle était jadis ».

A l'hôpital, elle taquine les autres malades, les mord, les gifle et se montre grossière dans ses propos, avec même parfois des impulsions dangereuses : s'est approchée d'un jeune enfant et cherchait à l'étrangler tout en feignant de l'embrasser.

L'hérédité de Reine est assez chargée : père gros buveur ; grand-père paternel mort aliéné ; arrière-grand-père maternel mort alcoolique.

Observation VII

Robert, 11 ans, placé volontairement pour « agitation hypomaniaque ».

En février 1920 a eu la « grippe », à début brusque, avec insomnie, agitation, hallucinations visuelles et frayeurs nocturnes. Hospitalisé à la Salpêtrière, a présenté de la sialorrhée, du strabisme et de la diplopie. Une ponction lombaire confirma le diagnostic d'encéphalite épidémique. Est resté à l'hôpital jusqu'à juillet 1920.

Pendant la convalescence apparurent les troubles du caractère, se manifestant surtout par des violences : il frappe l'entourage, jette n'importe quoi à la figure des gens, casse la vaisselle. Il suffit qu'on lui défende une

chose pour qu'il la fasse immédiatement. Pour la moindre contrariété, Robert menace de se jeter par la fenêtre. Mythomane, il accuse injustement le personnel ; ses propos sont grossiers. Interrogé dans ses périodes de calme relatif, il regrette ses actes impulsifs et ajoute qu'il ne peut s'empêcher d'être ainsi, « c'est ma maladie ».

D'après les renseignements fournis, Robert était avant son encéphalite assez studieux et d'un caractère enjoué. Dans ses antécédents héréditaires on trouve un oncle paternel « neurasthénique » manifestant des idées de suicide.

Observation VIII

Jean, 15 ans, vient de la Salpêtrière où on n'a pu le conserver en raison de son agitation nocturne.

A eu l'encéphalite en décembre 1920, se manifestant par de la fièvre peu élevée, de la rigidité des membres, du strabisme, de la diplopie, des secousses musculaires, et des tics ; il faisait de telles grimaces qu'il lui était, par instants, impossible de parler. Il resta plongé « dans une sorte de léthargie » pendant une vingtaine de jours.

Pendant la convalescence apparurent des troubles du caractère : Jean, indiscipliné, désobéissant, irritable, n'accepterait plus aucune observation sans entrer dans de violentes colères. Dans un accès de véritable fureur, il cassa un jour son lit. Mythomane et pervers, on ne pouvait plus rien en faire, alors qu'auparavant il était « doux, studieux et d'un caractère facile. »

Dans ses antécédents héréditaires, on relève de l'alcoolisme et du déséquilibre paternel, cause du divorce de ses parents.

Observation IX

Renée, 13 ans, vient de l'hôpital des Enfants malades parce que « présente à la suite d'une encéphalite épidémique des troubles psychiques qui la rendent dangereuse pour elle-même et pour l'entourage. »

A son arrivée, on constate du larmoiement de l'œil droit et une taie ancienne de la cornée gauche ; la langue est légèrement déviée à gauche ; la malade présente de la torpeur intellectuelle, alternant avec des périodes d'agitation et de turbulence. Rapidement, elle se montre désobéissante et irritable ; elle se plaît à taquiner les autres malades, surtout les personnes âgées ; elle s'amuse à cacher différents objets, tout en affirmant qu'elle ne les a pas touchés. Mythomane et, dès qu'on lui fait la moindre observation, répond en termes grossiers.

Cette fillette était autrefois « obéissante, gentille, douce, affectueuse et serviable ». Intelligente, elle travaillait convenablement à l'école, où elle s'entendait bien avec ses camarades. Vers la fin de décembre 1919, Renée a présenté un syndrome encéphalitique pour lequel elle fut hospitalisée à l'annexe St-Louis. Malgré l'avis du médecin, sa mère la reprit en février 1920 : la jeune Renée dormait alors pendant le jour, alors que ses nuits se passaient sans sommeil. Un essai de retour à l'école n'ayant pas réussi, sa mère la fit admettre aux Enfants malades, en juin 1920, « parce qu'elle était agitée, espiègle, méchante et très menteuse ». Devenue perverse, elle prétendait qu'on ne lui donnait pas à manger, que sa mère la martyrisait. Si elle voyait sa mère causer avec quelqu'un, elle disait aux voisins : « C'est l'amou-

reux de maman, il va venir coucher avec elle. » Elle s'amusait à obstruer les serrures du voisin avec du papier. Malgré que son frère ait 5 ans de plus qu'elle, Renée lui donnait souvent des gifles. A l'hôpital des Enfants malades se montra si impossible à surveiller qu'on dut la diriger sur Ste-Anne.

L'hérédité de Renée nous apprend qu'une cousine de la mère a été internée dans un asile d'aliénés ; la mère a eu 18 grossesses, dont une suivie d'avortement ; 15 enfants sont morts entre la naissance et la 5e année, à la suite de « convulsions et paralysies ». Son père a été tué pendant la guerre.

Les trois observations suivantes (de X à XII) ont été résumées et prises dans des observations présentées par M. Gilbert Robin à la Société clinique de médecine mentale, le 17 juillet 1922.

Observation X

Charlotte B..., 8 ans, entre dans le service de M. H. Colin pour des « troubles d'instabilité mentale ».

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires : la mère bien portante, le père tué à la guerre, une sœur de 11 ans tout à fait normale. Ses antécédents personnels nous révèlent une bronchite survenue à l'âge de 8 mois. Charlotte a été toujours un peu nerveuse, mais donnait toute satisfaction à sa famille, qui, sur ce point, est formelle.

En février 1920 a eu l'encéphalite caractérisée par une fièvre élevée, une léthargie de quinze jours et des trou-

bles oculaires, pour lesquels elle a été hospitalisée pendant 3 mois 1/2.

Guérie, Charlotte retourne à l'école, où elle se montrait, avant sa maladie, docile et appliquée. Mais elle est devenue paresseuse, sujette aux colères. On ne veut pas la garder et elle va passer cinq mois à Forges.

Au retour, elle fait des fugues nombreuses : parfois, à moitié habillée, elle va dans les rues, au marché, dans les magasins, malgré la défense expresse de sa mère. Interrogée, elle raconte tantôt qu'elle va voir une amie, tantôt que sa mère l'a battue et qu'elle se dérobe à ses mauvais traitements. Une fois, trouvée errante à Paris la nuit, est conduite au commissariat de police.

A chaque quinzaine environ, elle a des colères au cours desquelles elle trépigne, s'arrache les cheveux. Il lui est arrivé de gifler la maîtresse de l'école, mais elle n'a jamais frappé sa mère.

Elle est turbulente, touche à tout, veut toujours jouer. Son attention ne peut être fixée. Affectueuse et caressante, elle paraît sensible aux reproches et peu après recommence à être turbulente et inattentive.

A l'asile, l'enfant se montre docile, raconte ses colères et ses fugues, telles que sa mère les a relatées. Elle regrette ce qui s'est passé, a conscience de ses troubles du caractère et s'avoue menteuse. Elle affirme qu'elle était beaucoup plus sage avant l'encéphalite. Affectueuse, elle obéit aux infirmières. Son attitude est respectueuse, son abord avenant. Le sommeil est excellent.

Elle paraît d'intelligence normale, quant au jugement, à la mémoire, à l'association des idées ; mais elle a peu appris.

Observation XI

Paul D..., 9 ans, entre le 23 juin 1922 pour des « troubles mentaux graves consistant surtout en impulsions à s'enfuir de la classe, du domicile, etc. ».

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires : les parents sont en parfaite santé et ont un second enfant bien portant. Etant petit, a eu la rougeole.

En 1920, à 7 ans 1/2, délire qui fit d'abord croire à une fièvre typhoïde, puis somnolence, strabisme par intervalles ; cet état dura cinq semaines. Le docteur Netter porta le diagnostic d'encéphalite épidémique.

Trois mois après, l'enfant devient nerveux, ne reste plus en place, ne songe qu'à s'échapper, se sauve du domicile de ses parents et va chez les voisins, touche à tout, bouscule tout le monde, ne respecte rien, ment à tout propos, va se plaindre aux passants que son père le frappe et veut le tuer, taquine et brutalise les animaux. Il devient gourmand, fouille dans le garde-manger, vole des gourmandises chez un confiseur. A l'école il ne veut pas travailler, prétendant qu'il a bien le temps d'apprendre ; quitte la classe sans motif et sans permission. La nuit, il a des cauchemars, se réveille en sursaut, se lève de son lit. Il court après les enfants du quartier qu'il veut tous embrasser.

A l'asile, l'attention est principalement attirée sur les troubles de la conduite et de l'attention.

Il ne peut tenir en place. Il se lève de sa chaise, malgré les ordres réitérés de ne pas bouger. Touche à tous les objets, veut tout ouvrir et tout démonter. Turbulent, on le trouve partout où il ne doit pas être. Il va sans

permission dans l'appartement du surveillant et, sans gêne, se sert des objets familiers. Il n'est pas intimidable ; il est menteur et trompe sans cesse la vigilance des infirmiers.

Ses sentiments affectifs sont peu développpés. Il prodigue aux malades ses caresses, mais avec un fond de taquinerie qui finit par les importuner. Il embrasse les mains des médecins et dès qu'il aperçoit un enfant, il court le couvrir de baisers.

L'intelligence paraît normalement développée, quant au jugement et à la mémoire ; mais paresseux, inattentif et sujet aux fugues, c'est un arriéré pédagogique.

Observation XII

Raymond M..., 7 ans, entre le 15 juillet 1922 pour des « troubles du caractère qui seraient consécutifs à une encéphalite léthargique ».

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires : le père et la mère sont d'une intelligence au-dessus de la normale. Ils n'ont jamais été malades, non plus que leur famille. Ils ont un second fils de 9 ans qui vit en parfaite santé.

Les antécédents personnels ne révèlent qu'une coqueluche bénigne survenue à l'âge de 3 ans. Robert donnait à toute sa famille l'impression d'un enfant intelligent, à l'esprit vif et curieux.

A l'âge de 4 ans, il eut l'encéphalite léthargique, marquée par la fièvre, la léthargie, des secouses myocloniques et des tremblements du bras droit, du strabisme, de la salivation. Il resta un mois au lit. Pendant trois

ou quatre mois, après la phase aiguë de l'affection, il restait presque tout le jour endormi.

A 5 ans, la famille le mit à l'école, mais il fut impossible de l'instruire ; il n'avait d'attention que pour apprendre des chansons. Il circulait dans la salle d'études, se rendait sans autorisation dans les autres classes, piquait les enfants à la joue avec des épingles. Il dérobait à ses camarades des porte-plumes qu'il rapportait dans sa famille. Il dut être renvoyé de l'école.

Il fit des fugues nombreuses, pénétrait dans les maisons étrangères et volait. Mythomane, il allait raconter que sa famille refusait de lui donner à manger, ou que sa mère était morte. Il a eu des colères, au cours desquelles il déchirait ses draps, frappait ses parents, menaçait d'étrangler sa mère et lui aurait lancé n'importe quoi à la tête. Il a mordu une infirmière. Il n'a jamais été brutal avec les animaux.

Il se montrait indifférent et inaffectif, riant quand on lui parlait de sa brutalité et de ses violences. Inintimidable et grossier, il insulte sa grand'mère, ne s'intéresse à rien et ne prête aucune attention aux conseils. Il a une instruction très rudimentaire.

Observation XIII

(Résumée d'après une présentation du malade, faite à la Société clinique de médecine mentale par MM. Roubinovitch, Barük et Bariéty, le 20 novembre 1922.)

X. Y..., garçon de 15 ans.

Dans ses antécédents héréditaires presque rien à signaler : ses parents sont bien portants ; un frère de

22 ans et une sœur de 19 ans sont tout à fait normaux ; un autre frère jumeau bien portant, mais présentant un caractère taquin et de la tendance à la kleptomanie.

Dans ses antécédents personnels il n'y a à signaler comme maladie que la rougeole et la scarlatine, sans complications du reste. Au point de vue mental, l'enfant paraissait très intelligent ; toutefois son caractère a été toujours un peu difficile : taquin, désobéissant, avec certaine tendance à la kleptomanie.

En mars 1920, à l'âge de 13 ans, l'enfant est pris de céphalée, de fièvre à 39°, d'insomnie nocturne et de somnolence dans la journée. La famille ne peut préciser si l'enfant a eu à cette date des troubles oculaires. Le médecin consulté fait le diagnostic d'encéphalite. Au bout d'une quinzaine de jours, l'état général paraît rétabli, mais les parents constatent des modifications du caractère habituel de l'enfant : lui qui, avant sa maladie, était actif, entreprenant, devient maintenant indolent, il ne prend goût à aucun travail et ne demande pas à retourner en classe.

A partir de janvier 1921, apparaissent des troubles du rythme respiratoire : inspirations et expirations successives, bruyantes, rythmées et périodiques. En même temps, l'enfant devient de plus en plus désagréable, taquin, ne voulant jamais obéir.

Le 16 août 1922, X. Y..., entre à Bicêtre, dans le service de M. Roubinovitch, où, à part les modifications du rythme respiratoire signalées ci-dessus, on a fait l'examen mental suivant :

Le malade est facile à interroger et répond convenablement aux questions. L'attention est bonne, et les réponses sont précises. L'orientation est excellente dans le temps et dans l'espace. La mémoire est intacte, tant

pour les faits anciens que pour les faits récents. Ses connaissances du calcul, de l'histoire, de la géographie, sont bonnes. Les facultés d'observation sont très développées : l'enfant ayant aperçu l'entrée du laboratoire du service est très vivement intrigué par la vue des cristallisoirs et des bocaux, et demande avec instance et à plusieurs reprises des explications à ce sujet. Pendant qu'on l'examine, il détaille les moindres objets de la salle.

Il paraît animé de sentiments affectueux vis-à-vis de ses parents. Il lit avec plaisir et avec un air visible de contentement une lettre de son frère.

Les troubles du caractère sont très marqués. L'enfant est méchant, querelleur, ne veut pas obéir. Une infirmière lui ayant dit de se coucher, il la frappe violemment à coups de poings. Il urine volontairement au milieu de la chambre pour ennuyer le personnel, ne veut pas aller au cabinet et fait ses besoins dans son vase de nuit dans le même but. Cependant, il semble parfois regretter sa conduite : quand on évoque notamment le chagrin de ses parents à son sujet, il se met à pleurer.

Observation XIV

(Résumée d'après une présentation du malade, faite à la Société clinique de médecine mentale par M. G. Robin, le 20 novembre 1922.)

Fernand D..., âgé de 13 ans, est entré à l'Asile Ste-Anne, le 30 octobre 1922, pour des « troubles graves de la conduite, du caractère, de l'agitation et de l'excitation par intervalles, à la suite d'une encéphalite léthargique soignée à l'hôpital Pasteur ».

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires, le père et la mère sont en parfaite santé, ainsi que ses deux frères. Il n'y eut aucun internement dans la famille.

Les antécédents personnels du jeune malade ne révèlent qu'une varicelle survenue à l'âge de 7 ans. Le 6 janvier 1921, débuta une encéphalite léthargique. Il avait des crises de larmes et de l'hypersomnie pendant 3 mois; « son regard était changé », dit sa mère. Jusqu'à cette époque il était considéré à l'école comme un bon élève, intelligent, cité en exemple à ses camarades.

Il ne se remit jamais complètement de l'encéphalite. Immédiatement après la phase aiguë, il présenta de l'excitation par intervalles et avait des crises de larmes. Il dormait le jour, restait éveillé la nuit. Sa famille essaya de le remettre à l'école, mais il y dormait et on ne pouvait tenir son attention en éveil.

En octobre 1921, apparurent les premiers troubles du caractère. Il devint exigeant et, lorsqu'il désirait un objet, n'avait de cesse qu'il ne l'eût obtenu. Il était sujet à des entêtements qui finissaient en violentes colères si l'on essayait de s'opposer à ses caprices. Ses traits se contractaient et il frappait. Il a atteint sa mère au visage, cependant qu'il se montrait caressant et affectueux entre les phases de colère et regrettait les actes commis. Rancunier, vindicatif, il cherchait querelle au maître d'école, faisant des scènes pendant la classe. Le jeune Fernand se rend parfaitement compte de son état, convient qu'il est irritable et qu'il frappe ses frères, tout en sachant qu'il pourrait leur faire beaucoup de mal. La tendance aux impulsions domine chez le jeune malade. Il a fait des fugues nombreuses, mais jamais de longue durée. Il allait mendier dans la rue pour acheter des friandises, car il est devenu très gourmand. Il a

commis plusieurs vols futiles. Menteur et mythomane, sans riche imagination du reste, il s'est rendu une fois au commissariat de police pour se plaindre d'être maltraité par ses parents. Il y eut des plaintes des voisins contre lui, tant il était indiscret, curieux, moqueur et méchant, lançant des pierres dans leurs appartements. En janvier 1922, il a manifesté l'intention de se tuer ; il a pris un couteau, mais n'a pas mis son projet à exécution.

A l'asile, il est docile, obéissant, reste couché la plupart du temps et se montre nerveux dès qu'il s'est levé. Seul incident à signaler : il a frappé légèrement un jeune malade.

Son instruction est rudimentaire. Les résultats de l'interrogatoire varient suivant lès moments. Tantôt les notions sont précises, tantôt il semble avoir oublié tout ce qu'il a appris autrefois.

Observation XV

(Résumée d'après une communication faite à la Société clinique de médecine mentale par MM. Hamel et Merland, le 20 novembre 1922.)

Germaine B..., 7 ans 1/2, entre à l'asile de Maréville le 5 juin 1922. Rien à signaler dans ses antécédents. G. B... est d'une excellente famille de campagnards aisés, intelligents et instruits. C'était une jolie enfant, vive, très intelligente, très aimable. Elle allait à l'école et apprenait bien. Elle savait à 5 ans 1/2 tout ce qu'elle sait, et n'a plus rien appris depuis. Il y a deux ans, elle a été atteinte d'encéphalite léthargique. La maladie a duré quelques semaines, mais l'enfant ne s'est jamais

remise. Elle a changé complètement de caractère, est devenue méchante, insolente, violente, malpropre. Elle est retournée à l'école, mais n'a plus fait aucun progrès. Cependant, elle n'a pas complètement oublié ce qu'elle savait, mais elle n'est plus capable d'attention. Cet état a commencé à se manifester dès la convalescence, et il est allé sans cesse en s'aggravant, au point que les parents ont dû placer l'enfant à l'hôpital, d'où elle est arrivée à l'asile de Maréville avec le diagnostic de « démence précoce ».

A l'asile on se trouve en présence d'une enfant qui, bien que son état général soit assez bon, offre l'aspect d'une enfant négligée depuis longtemps. Elle mordille et déchire ses vêtements, tire ses cheveux, et les brise, s'enfonce les doigts dans le nez, puis dans la bouche jusqu'au vomissement, écarte avec les mains les commissures labiales, avec une violence nerveuse, et réussirait peut-être à se déchirer si l'on n'intervenait ; sans cesse, l'enfant tortille ses doigts, les faisant chevaucher les uns sur les autres, et, dès qu'on lui adresse la parole, elle relève la tête qu'elle tient habituellement inclinée sur l'épaule droite. Toujours en mouvement, elle se saisit des divers objets qui sont à sa portée, et s'efforce de les briser. Elle va d'une infirmière à l'autre, les embrasse, mais brusquement les mord ou les frappe. Elle ne cherche pas à s'amuser comme les enfants de son âge. Elle est très malpropre, coprophage même, bien que non gâteuse. Elle présente un peu de négativisme, des accès de crachotement. Germaine répond assez bien aux questions, mais très brièvement, car elle est vite importunée.

Les quatre observations suivantes (de XVI à XIX) ont été résumées d'après un article intitulé « Psychische Residuærzústænde nach Encephalitis Epidemica bei Kindern » fait par le prof. K. Bonhoeffer et paru dans Klinische Wochenschrift du 15 juillet 1922, page 1446.

Observation XVI

H. G., garçon de 7 ans. Rien à signaler dans ses antécédents. Bien développé au point de vue physique, H. G... est d'une intelligence normale, a appris tout seul à lire et à calculer.

Le 20 janvier 1920, il tombe malade : très agité, délire, insomnie, chorée, convulsions. Entre en juin 1920 dans la clinique neurologique, où il reste jusqu'au milieu de novembre.

Le 10 mars 1921, rentre de nouveau à la clinique neurologique, parce qu'il s'est montré insupportable à la maison. Son caractère a changé dans le sens d'une grande insociabilité : très impulsif et très désobéissant, il déchire la literie et le linge, urine dans le lit, crache sur la couverture, salit puis enduit avec les matières fécales les objets environnants ; se montre content lorsqu'il s'aperçoit que ses actes ennuient son entourage. Il injurie le personnel et le médecin ; parfois change subitement, demande pardon, caresse et embrasse. Quelquefois se montre très ordonné pendant des heures ou des journées entières, puis change soudainement et recommence à être désagréable.

Au point de vue psychique, H. G... montre une intel-

ligence considérablement au-dessus de la moyenne : il saisit rapidement, juge promptement et a une mémoire merveilleuse ; il est bien orienté dans le temps et dans l'espace.

Observation XVII

E. Sch..., garçon de 10 ans. A la fin de 1919 a eu une maladie fébrile avec de la céphalée et une éruption qui a fait croire à la rougeole ; léthargie pendant deux mois ; secousses et contractions dans les muscles des membres. Depuis cette maladie, il présente des attaques de fureur, pendant lesquelles il a le visage rouge et déchire les objets. Ces attaques se répètent parfois jusqu'à dix fois par jour.

Avant sa maladie, E. Sch. a été à peu près normal : il a été un enfant bon, obéissant, tranquille, docile ; un peu sensible, il avait peur des animaux ; son odorat et son toucher étaient très prononcés. Il urinait dans le lit jusqu'à ces derniers temps. A été bon élève à l'école.

Depuis la maladie, il a complètement changé : très agité, toujours en mouvement, E. Sch. parle plus qu'auparavant, se montre effronté avec des gens inconnus, leur donne des coups et leur crache à la figure. Par moments il devient supportable. Au point de vue intellectuel il est normal, sa mémoire est bonne, et la faculté de comprendre ne paraît pas changée. Hospitalisé le 22 mars 1922 parce qu'on ne pouvait plus le garder à la maison, toujours à cause de sa très grande agitation.

Le 10 mai 1922, il passe dans le pavillon des contagieux parce qu'il a contracté la diphtérie. Là il se montre très agité et s'enfuit.

Observation XVIII

Ehr. K., garçon de 11 ans. A eu l'encéphalite en mars 1920, caractérisée par de la fièvre, des convulsions, de la diplopie, de la léthargie, des tremblements, des idées d'empoisonnement. La phase aiguë passée, son caractère change complètement : il devient beaucoup plus vif, très inquiet, se mêle dans la conversation des adultes, se montre têtu, désobéissant, donne des coups, accoste les gens en les insultant. Il a des moments de peur et alors se serre contre sa mère, lui dit qu'elle n'est pas sa mère et lui parle de l'hypnotisme. Il reste à l'hôpital jusqu'à la moitié de juin, puis est interné dans un asile d'aliénés pour les troubles ci-mentionnés.

A l'asile, il se montre très désobéissant, injurie les autres malades et le personnel, devient agressif, à tel point qu'il a passé dans une cellule presque tout le temps de son séjour à l'asile.

Dans ses antécédents héréditaires on ne trouve pas de maladies nerveuses ou mentales. Lui-même, d'après sa mère, aurait été, avant la maladie, un enfant docile, aimable, confiant, mais pas trop vif ; allait à l'école où il montrait du progrès.

Observation XIX

F. S..., garçon de 16 ans. En janvier 1920, « grippe » avec une léthargie complète de 14 jours, pendant lesquels on a été obligé de le nourrir à la sonde ; puis un état de somnolence qui dura 6 semaines.

Depuis cette maladie, F. S... est très changé : inquiet, court par-ci par-là, s'attaque à tout, fait tout vite, se montre très instable. Lorsqu'il mange, il se lève soudainement et commence à faire autre chose. Se lève souvent la nuit pour chanter et faire du bruit. Très irritable, par moments il devient furieux et se jette par terre. Ses professeurs le trouvent très changé depuis la maladie : il dérange l'enseignement et n'écoute pas attentivement.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Auparavant il était vif, mais travaillait bien et régulièrement ; tandis qu'actuellement il est impertinent et désobéissant. Lui-même le reconnaît, d'ailleurs. Quelquefois répond volontiers, mais tout d'un coup devient insoumis et refuse tout renseignement, se débat dans son lit, rejette les couvertures, se roule hors du lit, se relève et dit qu'il ne sait pas ce qu'il fait.

Les onze observations suivantes de XX à XXX proviennent d'un tableau paru dans American Journal of Diseases of Children (n° 2, février 1923).

Ces observations du docteur Franklin G. Ebauch portent sur 17 cas, dont nous n'avons relaté que 11 qui nous ont paru les plus typiques. Toutes ces observations concernent des enfants qui, à la suite de la névraxite épidémique, ont pour la plupart présenté des manifestations psychiques telles que, par leurs descriptions, nous pouvons classer ces petits malades dans les invalides moraux acquis.

Obs. XX. — Nathan D..., 10 ans, entré en avril 1920.

Symptômes de la période aiguë : Délire aigu, diplopie, parésie faciale et insomnie.

Séquelles psychiques : Changement complet de caractère, tendances aux violences, impulsivité ; se montre menteur et sournois, a des tendances hystériques, des idées de suicide, des phobies et des tics. Impossibilité pour le malade de rester à l'école et nécessité de son internement.

Obs. XXI. — George Mick..., 6 ans, entré en novembre 1920.

Symptômes de la période aiguë : Fièvre, jaunisse, délire, léthargie, parésies diverses.

Séquelles psychiques : Hyperactivité surtout nocturne avec des insomnies, devient obscène, tendances destructives et caractère difficile.

Obs. XXII. — Peter A..., 13 ans, entré en février 1921.

Symptômes de la période aiguë : Délire aigu, céphalée, insomnies, diplopie.

Séquelles psychiques : Irritable, impulsif, cherche querelle aux autres ; quelquefois déprimé ; a tenté de se suicider par noyade ; a des manifestations hystériques et de nombreuses autres anomalies l'obligeant à abandonner l'école. Amélioration provisoire à la suite de ponctions lombaires, mais l'insomnie persiste.

Obs. XXIII. — George B..., 10 ans, entre en février 1921.

Symptômes de la période aiguë : Maux de tête, convulsions, délire, diplopie pendant une courte période et léthargie.

Séquelles psychiques : Période d'excitation, tentative de suicide (a essayé de se jeter par la fenêtre), manifes-

tations de cruauté, perversion sexuelle, diverses manifestations hystériques. Petite amélioration instable.

Obs. XXIV. — Victor Kam..., 8 ans, entré en janvier 1921.

Symptômes de la période aiguë : Maux de tête, diplopie, délire, période de léthargie prolongée.

Séquelles psychiques : Avant sa maladie, déjà difficile de caractère, l'est devenu bien davantage depuis. Querelleur, essaye de tuer ses frères ou ses sœurs, embrasse les filles dans la rue, fait preuve de précocité sexuelle. Normal à l'hôpital, est redevenu insupportable chez lui.

Obs. XXV. — Dora O..., entrée en février 1921.

Symptômes de la période aiguë : Etat infectieux aigu avec léthargie de seize jours.

Séquelles psychiques : Présente de nombreuses anomalies morales : changement de caractère, incorrigibilité, tendances aux fugues. Internée.

Obs. XXVI. — Sophia J..., 8 ans, entrée en mars 1922.

Symptômes de la période aiguë : Troubles généraux, léthargie de deux semaines, céphalée et délire sans caractère spécial.

Séquelles psychiques : Instabilité motrice qui l'oblige à changer constamment de place. Caractère difficile.

Obs. XXVII. — Ernest S..., 13 ans, entré en mai 1922.

Symptômes de la période aiguë : Douleurs abdominales violentes, céphalée, léthargie d'une semaine.

Séquelles psychiques : Devient sournois, obscène, se

masturbe en public, a des tendances aux fugues. A pu cependant être renvoyé plus tard à l'école.

Obs. XXVIII. — George M..., 8 ans, entré en mars 1922.

Symptômes de la période aiguë : Ptosis, diplopie, délire, insomnie.

Séquelles psychiques : Querelleur ; insomnie continue ; obligé de se mouvoir surtout la nuit. Très petite amélioration.

Obs. XXIX. — Charles K..., 11 ans, entré en février 1922.

Symptômes de la période aiguë : Céphalée, mauvais état général, radiculite, diplopie, contracture des masseters, insomnie nocturne.

Séquelles psychiques : Tendances au suicide, insomnie, masturbation fréquente. Amélioration marquée à la suite de ponctions lombaires répétées. Peut travailler au bout d'un certain temps.

Obs. XXX. — Doris..., 2 ans, entré en avril 1922.

Symptômes de la période aiguë : Maladie aiguë caractérisée par du strabisme et une absence totale de développement intellectuel depuis la maladie.

Séquelles psychiques : Irritable, déprimé, offre un tableau typique de l'idiot. Développement normal antérieurement à la maladie.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'invalidité morale en général ne présente pas de grandes difficultés, malgré les nombreuses formes cliniques qu'elle revêt. En effet, il y a toujours un certain nombre de signes, plus ou moins prononcés suivant les cas, et c'est ainsi que le simple récit des différents méfaits commis par ces malades, caractéristiques de l'invalidité morale, font porter le diagnostic. Le diagnostic devient difficile lorsqu'on manque de renseignements sur le passé du malade, ou lorsque lui-même s'applique à induire le médecin en erreur. Antisociaux, inaffectifs, égoïstes, inintimidables, impulsifs et instables, excités génésiques et menteurs, se plaisant à mal faire, tels sont les principaux caractères de ces invalides moraux. Il faut y ajouter un signe de très grande valeur : c'est l'intégrité relative des fonctions intellectuelles, ce qui permet de distinguer ces malades des autres, atteints de maladies mentales proprement dites.

Une fois le diagnostic de l'invalidité morale posé, il faut savoir si elle est congénitale ou acquise. C'est l'anamnèse qui seule peut, dans un grand nombre de cas, faire faire le diagnostic entre ces deux sortes d'invalidité morale. Dans la première, en effet, l'interrogatoire nous apprend que ces malades ont une hérédité pathologique chargée : on retrouve dans leurs ascendants collatéraux des aliénés, des alcooliques, des épileptiques. L'examen physique nous révèle chez eux de nombreux stigmates de dégénérescence, dont nous ne rappellerons que les principaux : asymétrie faciale, adhérence du lobule de l'oreille ou malformation de l'hélix, voûte palatine ogivale, implantation défectueuse des dents, malformations diverses portant sur les membres ou les organes génitaux. L'apparition des symptômes de l'invalidité morale a eu lieu dès le jeune âge, sans qu'il soit possible de relever une infection dans leurs antécédents personnels.

Dans le cas d'une invalidité morale acquise, au contraire, l'interrogatoire ne nous permet pas de retrouver toujours d'antécédents pathologiques dans la famille du malade, il nous apprend que le sujet a été tout à fait normal au point de vue moral et intellectuel jusqu'à sa maladie. A l'examen physique on ne constate aucun signe de dégénérescence. Enfin et surtout, l'apparition des symptômes de l'invalidité morale suit de près l'évolution de l'infection, de façon que l'entourage déjà l'attribue à la maladie.

Lorsqu'on est bien certain d'être en présence d'un cas d'invalité morale acquise, il faut remonter à la nature de la cause, c'est-à-dire trouver quelle est l'infection cause de l'invalidité morale, puisque, comme nous l'avons dit au début de ce travail, on admet aujourd'hui qu'un grand nombre de maladies infectieuses peuvent créer de toutes

pièces l'invalidité morale acquise, entre autres la fièvre typhoïde, le paludisme et la grippe à forme broncho-pulmonaire par exemple. C'est l'interrogatoire qui met sur la voie du diagnostic étiologique ; d'ailleurs, très souvent, l'infection névraxitique ne laisse pas seulement de séquelles morales, mais encore certaines séquelles organiques ou psychiques qui aident puissamment à son diagnostic. Ainsi, pour ne parler que de l'invalidité morale acquise post-névraxitique, nous l'avons le plus souvent vue s'accompagner d'une hypertonie musculaire rappelant en tout le syndrome pseudo-parkinsonien, de quelques troubles oculaires dont les plus fréquents sont des paralysies de la musculature extrinsèque (strabisme, ptosis persistant), d'une sialorrhée plus ou moins abondante, de tremblements localisés ou généralisés, enfin de diverses manifestations parétiques (hémiplégies, monoplégies sont les plus fréquemment constatées).

Comme on le voit par ce court exposé, le diagnostic de l'invalidité morale acquise post-névraxitique est relativement aisé. Mais, si dans les cas typiques le diagnostic est facile, il en est d'autres, moins nombreux, où le diagnostic présente quelques difficultés, parfois même est très difficile à faire par suite de la grande ressemblance avec certaines psychoses.

Il manque, pour acquérir la certitude qu'on se trouve bien en présence d'un invalide moral acquis post-névraxitique, les précisions apportées par le laboratoire. On ne connaît pas encore, en effet, le sérodiagnostic de la névraxite épidémique. Parfois, cependant, l'hyperglycorachie signalée pendant la période aiguë de l'infection subsiste au cours de la séquelle. Mais ce qui nous permettra le plus souvent d'arriver, rétrospectivement il est vrai, au diagnostic de l'infection causale, ce sera l'appa-

rition des troubles habituels de la névraxite épidémique, car il ne faut pas oublier, à notre avis, que l'invalidité morale acquise post-névraxitique, avant de devenir définitive, est sous la dépendance de la persistance, atténuée il est vrai, mais existante tout de même, du virus névraxitique. Nous avons vu en effet, au cours de plusieurs de nos observations, qu'à un moment donné l'invalide moral a un réveil de l'infection névraxitique, qui parfois même entraîne sa mort.

Le diagnostic différentiel de l'invalidité morale acquise n'est pas des plus faciles. Cependant on doit toujours avoir à l'esprit, en se trouvant en présence de ces sujets commettant des actes antisociaux, que l'on peut se trouver en face de simulateurs cherchant à éviter le juste châtiment de leur faute. Mais chez ceux-ci l'anamnèse ne nous révèlera rien et on ne constatera pas la présence de stigmates véritables de la névraxite épidémique.

Les hystériques, eux, peuvent aussi réaliser certains symptômes propres à l'invalidité morale acquise, surtout l'excitation génésique et la mythomanie. Mais la grande névrose se révèle par des signes suffisamment classiques : anesthésies diverses, zones hystérogènes, rétrécissement du champ visuel, pour ne citer que les principaux, et l'examen complet du sujet après une observation souvent de longue durée nous permettra d'arriver à un diagnostic.

Plus facile certainement sera le diagnostic différentiel entre l'invalidité morale acquise et les épileptiques ou les alcooliques. Chez ces derniers nous constaterons, en effet, — à part des troubles du caractère, des colères faciles, parfois des réactions antisociales, tous signes qui se retrouvent dans l'invalidité morale acquise, — des stigmates véritables propres aux épileptiques d'une part,

aux alcooliques de l'autre. Il est rare, en effet, que l'épileptique ne réalise pas dans le courant de sa vie une crise comitiale type qui permettra de porter le diagnostic. A défaut de crises, ce seront des vertiges, des absences, ou des fugues, qui feront penser au mal comitial. L'alcoolique chronique présentera un facies spécial : le nez rouge, les pommettes vineuses, les tremblements caractéristiques ; parfois la recherche même de l'alcool dans le liquide céphalo-rachidien feront rapporter à leur vraie cause toxique les troubles du caractère qui auront fait penser à une invalidité morale acquise.

Les psychoses à proprement parler seront d'un diagnostic plus aisé. Les persécutés-persécuteurs présentent un ensemble symptomatique qui ne les a fait considérer pendant longtemps que comme de simples invalides moraux; mais leur délire s'accompagne d'hallucinations diverses, surtout auditives. Leur aspect extérieur, leur attitude sournoise permettent de les reconnaître.

Quant aux maniaques, la confusion n'est guère possible si on se rappelle les signes principaux caractérisant la manie : impulsivité, instabilité motrice, fuite des idées, logorrhée, agitation intellectuelle et physique souvent portée au summum. Nous n'avons pas à faire ici, puisque nous l'avons du reste ébauché déjà, le diagnostic différentiel entre l'invalidité morale acquise et les diverses dégénérescences mentales.

Enfin, beaucoup plus important et plus difficile est le diagnostic différentiel à établir entre l'invalidité morale acquise et la démence précoce sous une de ses formes. Tout d'abord, nous devons signaler l'origine commune possible de ces deux affections. On admet de plus en plus que la démence précoce est d'origine infectieuse et

il nous a été donné d'observer un cas de démence précoce hébéphréno-catatonique due à l'infection névraxitique. Nous nous baserons cependant, malgré la similitude d'étiologie, pour faire le diagnostic entre ces deux affections, sur les signes principaux de la démence précoce. Tout d'abord les déments précoces ont une anesthésie complète des sentiments affectifs ; indifférents à tout, ils vivent une vie végétative. Cependant chez eux, comme chez les invalides moraux, on note des impulsions brusques, des fugues, de l'érotisme, de l'onanisme ; mais, permettant de la différencier facilement, nous trouvons dans la démence précoce les signes qui permettent de faire le diagnostic. Ce seront, au point de vue intellectuel, l'absurdité et l'incohérence. Enfin, le syndrome de Ganser nous permettra de constater que nous nous trouvons en présence d'un dément précoce à forme hébéphrénique. A côté de ces signes, d'autres viennent compléter le diagnostic : ce sont d'abord les troubles caractérisés par maniérisme de parole, maniérisme de tenue, maniérisme d'écriture ; à côté d'eux on constate souvent du négativisme. La suggestibilité, les stéréotypies parakinétiques ou kinétiques nous permettent de rapporter ces symptômes à leur véritable cause. Enfin, des hallucinations et des idées délirantes se font jour : l'évolution sera la pierre de touche du diagnostic, car le dément précoce est un incurable, aliéné définitif, tandis que l'invalide moral, malgré son peu d'éducabilité, ne deviendra jamais à proprement parler un aliéné complet.

CHAPITRE VIII

PRONOSTIC

Le pronostic de l'invalidité morale acquise post-névraxitique peut être envisagé à un double point de vue : 1° pronostic *quoad vitam* ; 2° pronostic médico-légal, très important dans certains cas.

Le premier, le pronostic quant à la vie de l'invalide moral acquis post-névraxitique, tout en n'étant pas fatal, doit cependant être des plus réservés. En effet, ce syndrome qui, le plus souvent, ne constitue qu'une séquelle, peut, dans certains cas, n'être qu'une forme chronique de l'encéphalite léthargique évoluant par poussées successives, lente dans ces manifestations, susceptible certes de guérir après plusieurs mois ou même plusieurs années, mais également capable de causer la mort dans des délais indéterminés, par reviviscence aiguë de la maladie, ainsi que nous l'avons noté dans l'observation I.

Dans le cas où l'invalidité morale nous apparaît comme une séquelle définitive de l'infection névraxitique, le pronostic n'est plus que celui d'une infirmité,

très pénible il est vrai, mais pouvant compter avec une survie très longue, n'empêchant en rien le développement physique du sujet qui en est atteint. Encore faut-il tenir compte de nombreuses tentatives de suicide faites par ces malades, tentatives de suicide qui, à notre avis, ne sont que très rarement la cause de la mort des invalides moraux. En effet, ces tentatives de suicide, pour la plupart du temps, ne s'accompagnent pas d'un désir réel d'en finir avec la vie, très souvent sont faites maladroitement, n'amenant que des blessures légères. Peut-être faudrait-il attacher cette inefficacité des tentatives de suicide au jeune âge des malades ou peut-être la mettre sur le compte de leur impulsivité. Il se peut aussi que ces tentatives de suicide ne soient qu'un moyen détourné d'attirer l'attention sur eux, comme cela se voit si souvent chez les hystériques. En tous cas, ce que nous tenons à bien préciser ici, c'est que ces idées de suicide n'évoluent pas chez des sujets présentant des manifestations lypémaniaques. Il est vrai, ainsi qu'en témoigne la majeure partie des observations que nous avons rapportées, que ces tentatives surviennent chez les jeunes, chez les enfants même, chez lesquels il est tout à fait exceptionnel de voir évoluer une psychose lypémaniaque.

Donc, l'invalidité morale acquise post-névraxitique est grave parce que le sujet qui en est atteint est un réservoir de virus, et on peut même se demander si dans certains cas ces sujets ne sont pas de véritables porteurs de germe contagieux pour les autres, et grave enfin pour l'avenir de l'individu, car ce sujet anormal est parfois le véritable fléau de la société pour lequel les questions médico-légales vont se poser.

Le pronostic médico-légal est identique à celui des

invalides moraux congénitaux. Sujets essentiellement impulsifs, brusques de caractère, querelleurs, taquins et rusés, ils ont très souvent maille à partir avec la justice, d'où nombreuses condamnations et séjours fréquents dans les prisons, où ils ne font que se contaminer moralement et augmenter leurs acquisitions mauvaises. Indisciplinés et antisociaux, se plaisant à créer du désordre, les invalides moraux se rendent absolument insupportables pour leur entourage, la vie en famille leur devient très souvent impossible, d'autant plus que ces individus présentent de l'instabilité non seulement morale, mais encore physique, et que les tendances aux fugues sont fréquemment observées chez eux. Souvent on est obligé de les interner dans un asile d'aliénés, et c'est encore ce que leur advient de meilleur, sinon avec l'excitation génésique qui forme le fond de leurs manifestations morales, ainsi que le vol et le mensonge, ces individus iraient fatalement de prison en prison jusqu'à ce que la rélégation en débarrasse un jour la société.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT

Ce chapitre serait particulièrement bref si on considère l'invalidité morale acquise post-névraxitique uniquement comme une séquelle de l'encéphalite léthargique. Comme nous l'avons fait voir encore au début de ce travail, il ne s'agit pas toujours ici d'une séquelle, rendant le sujet qui en est le porteur, infirme pour le restant de ses jours, ayant pour dernier refuge un asile ou un hospice d'incurables où il attendrait sa fin ; mais, et c'est ce qui fait l'intérêt de ce syndrome, nous voyons l'invalidité morale poser un des problèmes les plus importants à résoudre et qui intéresse autant le médecin que l'aliéniste, l'éducateur et le magistrat : nous voulons parler du problème de la responsabilité atténuée qui se pose dans toute son ampleur pour les invalides moraux acquis post-névraxitiques. En effet, ces sujets ne peuvent pas être considérés comme responsables, et pour eux le terme de demi-fous, demi-responsables, trouvé par Grasset, leur conviendrait particulièrement. Responsa-

bles en partie seulement, ces individus, comme tous ceux qui sont de responsabilité diminuée, devraient être placés dans des services spéciaux que de plus en plus, sous le nom de services ouverts pour le traitement des petits psychopathes, on a tendance actuellement en France à annexer aux services de neurologie. Nous avons pu, du reste, apprécier les bienfaits que ces services rendent, car, dans le service de neurologie de l'Hôpital Général, depuis déjà sa fondation, il a été traité et il est traité journellement des malades auxquels l'hôpital ordinaire ne peut convenir, et qui toutefois ne peuvent être admis sans hésitation dans un asile d'aliénés. Nous croyons avoir suffisamment démontré toute l'importance de cette question de la responsabilité atténuée et du traitement des petits psychopathes, question toujours actuelle et si importante, mais si difficile à résoudre, et qui cependant doit être solutionnée dans l'intérêt de l'idéal et de la justice.

Donc, le traitement de l'invalidité morale acquise post-névraxitique doit être divisé en deux parties. Dans la première, le médecin seul intervient. En effet, nous avons déjà dit que ces invalides moraux post-encéphalitiques sont parfois de véritables porteurs de germes, réservoirs de virus, qui peuvent être à un moment donné des causes de contamination pour les autres. Et ici c'est un aspect nouveau qui nous apparaît : il faudrait établir les conditions prophylactiques portant surtout sur le temps et la durée d'infestation possible que représentent ces malades. Donc, vient se poser dans toute son ampleur le problème de la prophylaxie des porteurs de germes. Pour eux doit-on recourir à un isolement absolu ou relatif ? Il faut reconnaître que la solution de ce problème est difficile, car il nous faudrait connaître de façon pré-

cise quelles sont les voies de contamination suivies par le virus, ce qui n'est pas connu. Toutefois, il nous paraît logique de traiter cette affection endémo-épidémique, comme toutes les autres maladies contagieuses, bien que, si l'isolement rigoureux est possible et nécessaire pendant la période aiguë, la longueur désespérante des séquelles ne puisse permettre un isolement suffisamment prolongé. Les sujets atteints de cette séquelle devraient cependant être surveillés au point de vue médical, et, à la moindre menace d'une nouvelle poussée aiguë, ils devraient être soumis à un isolement rigoureux. Il serait, nous semble-t-il, de toute nécessité d'assurer une désinfection aussi complète que possible des voies respiratoires supérieures, autant des malades que des personnes qui sont en contact avec eux, car probablement c'est par l'intermédiaire de sécrétions nasopharyngiennes que se dissémine le virus.

A côté de ce traitement prophylactique, tant que l'on soupçonne qu'il existe une infection latente du malade, on doit recourir à tous les moyens médicaux connus pour tâcher d'amener la disparition du virus. Il n'entre pas dans le cadre de ce travail de passer en revue les différents procédés thérapeutiques préconisés pour le traitement de la névraxite épidémique ; mais nous devons signaler toutefois que la plupart des médicaments anti-infectieux non spécifiques ne donnent pas de grand résultat. On aura cependant recours aux injections intraveineuses prolongées d'urotropine à la dose de 1 gr. à 1 gr. 50 pro die, ou de sérum de convalescent d'encéphalite léthargique, ce dernier procédé étant un essai de traitement sérothérapique. On pourra alterner ces injections avec l'emploi sous toutes les formes des divers métaux colloïdaux, ou recourir encore à la méthode de

Fochier toutes les fois qu'une reviviscence même légère de l'infection première réapparaît, nous voulons dire les périodes de somnolence, de céphalée, quelques troubles oculaires fugaces, diplopie ou parésies transitoires. Il faut bien reconnaître que le médecin doit s'armer de patience et ne pas hésiter à prolonger pendant de longs mois son traitement. Du reste, la prolongation de ce traitement sera un moyen préventif de l'invalidité morale acquise post-névraxitique, ou, si celle-ci est déjà apparue, pour tâcher d'en atténuer les manifestations.

La seconde partie du traitement que comprend à proprement parler l'invalidité morale acquise post-névraxitique intéresse non seulement le médecin, mais tous ceux qui par leur fonction ou leur charge ont le devoir d'assurer le maintien de l'ordre public et le respect des bonnes mœurs : instituteurs, éducateurs, prêtres, parents, magistrats, tous, plus ou moins, auront à intervenir; tôt ou tard, dans l'existence d'un invalide moral acquis. Le problème de la responsabilité n'est pas seule en jeu, car s'il est admis que ces sujets sont des responsables atténués, leurs réactions antisociales les rendent souvent de véritables fléaux pour ceux qui les entourent, obligeant de prendre des sanctions, et cela souvent rapidement. En effet, dans la symptomatologie nous croyons suffisamment avoir démontré que ce sont les instincts pervers : mensonge, vol, fugues, colère, impulsivité, exhibitionnisme, excitation génésique, pour ne parler que des plus fréquents, qui se font jour. Il est naturel que de pareils sujets ne peuvent être laissés sans surveillance, et malheureusement, ainsi que nous l'avons vu, l'asile d'aliénés est bien souvent impropre pour de tels malades. Il faut, et c'est encore grâce à la névraxite épidémique qui a posé le problème, avoir des institu-

tions dans lesquelles on se chargerait de la surveillance et des soins à donner à ces sujets.

Là, dans l'isolement, dans un milieu approprié, par un personnel entraîné, on mettra en œuvre tous les moyens modernes de la psychothérapie : direction morale ferme, persuasion, principes religieux que l'on essaierait de développer chez les malades, emploi des sédatifs de l'excitation génésique, tels que hydrothérapie et l'administration de chlorhydrate d'hyoscine, permettront d'obtenir les modifications morales nécessaires de ces invalides moraux. L'emploi même de certaines punitions physiques, qui seules paraissent agir dans certains cas chez ces individus, devrait être aussi envisagé.

Nous avons, en terminant cet exposé succinct du traitement à appliquer aux invalides moraux, le triste devoir d'ajouter que souvent, malgré tous les moyens mis en œuvre, l'invalide moral restera un taré qui sera toujours une charge pour les siens et pour la société. Afin d'atténuer le plus possible cet état, à côté des centres spéciaux, devraient être annexés des ateliers dans lesquels on essaierait de faire travailler ces malades pour qu'ils ne soient plus d'inutiles parasites. Le travail continu sera difficile à obtenir, car le trait dominant de ces sujets est la paresse.

CHAPITRE X

CONCLUSIONS

De l'étude que nous venons de faire sur l'invalidité morale acquise post-névraxitique nous pouvons conclure que :

I. — La névraxite épidémique est une maladie des plus redoutables, aussi bien pendant son évolution aiguë que dans ses différentes séquelles. Celles-ci, en effet, non seulement font des sujets qui en sont les porteurs de véritables infirmes, mais encore les menacent d'une nouvelle poussée aiguë pouvant entraîner la mort. De toutes les affections portant sur le système nerveux, la névraxite est sûrement la plus grave. Si la syphilis fait des lésions nerveuses graves, par un traitement approprié et commencé en temps voulu on a espoir d'améliorer sinon de guérir les malades. La tuberculose, elle, est redoutable, car, bien que l'agent pathogène soit connu, il n'existe guère de traitement curateur certain. Quant à la névraxite épidémique, le germe est inconnu,

et il n'existe pas de traitement spécifique. De plus, cantonné au niveau des centres nerveux, le virus névraxitique transforme le sujet qui en est atteint en véritable porteur de germe capable d'être le point de départ d'une nouvelle épidémie, expliquant ainsi par sa longue vitalité la dissémination de la névraxite épidémique.

II. — L'étude qui précède a prouvé de façon on ne peut plus ferme la réalité clinique de l'invalidité morale acquise, syndrome connu depuis fort longtemps, mais considéré comme essentiellement héréditaire ou congénital, et dont l'origine infectieuse a été soupçonnée ces dernières années.

III. — L'existence, maintenant prouvée, d'une psychose acquise, consécutive à une toxi-infection, ouvre un horizon nouveau sur l'origine et la pathogénie de certaines psychoses, question qui, juqu'à présent, est une des moins connues en médecine. En effet, si l'on soupçonne une cause infectieuse à la démence précoce, dont les lésions sont à peu près exclusivement neuro-épithéliales, il n'en a pas été de même pour les autres aliénations mentales jusqu'à l'apparition de la psychose morale post-névraxitique. Jusqu'à ce moment, les vésanies, groupe dans lequel peut se classer l'invalidité morale, étaient réputés comme n'ayant aucun substratum anatomo-pathologique sous la dépendance d'une toxi-infection. Nous voyons donc, et c'est peut-être là le point le plus intéressant, que la névraxite épidémique conditionne, par l'imprégnation lente mais continue des éléments nobles du névraxe, un état mental particulier ; état mental qui, lui aussi, est sous la dépendance des lésions histo-pathologiques. Qui sait donc si

on ne peut pas inférer, du fait qu'une infection crée de toutes pièces un état mental particulier, que dans les vésanies à proprement parler on ne puisse retrouver aussi ces troubles mentaux comme relevant d'une altération fine mais existante des cellules nerveuses.

IV. — Le traitement des invalides moraux post-névraxitiques pose, dans toute son ampleur, le problème médico-légal de l'invalidité morale d'une part, et de son traitement prophylactique et curateur, d'autre part.

Nous avons démontré de façon suffisante que l'invalide moral, congénital ou acquis, est un sujet à responsabilité atténuée et qu'il doit être placé dans des conditions de surveillance telles qu'il ne puisse pas nuire à lui-même ou à la société. Pas aliéné, cet individu n'est pas cependant normal. Pour lui, donc, doit exister un service spécial où il sera gardé. Ceci nous paraît être réalisé dans la création des services ouverts où les petits psychopathes et les invalides moraux seraient traités.

Le traitement prophylactique de l'invalidité morale acquise post-névraxitique consiste à n'interrompre les médications employées qu'un certain temps après la disparition de tous les symptômes de période aiguë. Quant au traitement curateur, nous sommes bien obligés de reconnaître qu'il est de peu d'efficacité. La psychothérapie devra être employée en même temps que la reprise du traitement antinévraxitique en général ; et les manifestations morbides constituant l'invalidité morale acquise seront traitées de façon spéciale pour chacune d'elles, ainsi comme, du reste, nous l'avons déjà indiqué dans notre chapitre du traitement.

BIBLIOGRAPHIE

Apert. — Manifestations nerveuses dues au réveil d'une encéphal. léthargique (Soc. pédiatrie, 18 janvier 1921).

Apert, Robert Broca et Chabanier. — Encéph. léthargique du jeune âge (Soc. pédiatrie, 20 mars 1923).

Bériel. — Séquelles de l'encéph. léth. (Soc. méd. des hôp., 9 novembre 1920).

Briand. — Les troubles mentaux de l'encéph. épid. au point de vue médico-légal (Académie de médecine, 20 novembre 1921).

— Formes mentales de l'encéph. épid. (Congrès de Strasbourg, août 1920).

Rapports entre certains états pithiatiques et l'encéph. léth. (Soc. psychiatrie, 17 juin 1920).

Briand et Porcher. — Séquelles de l'encéph. léth. chez un enfant de 10 ans.

Briand et Reboul-Lachaux. — Troubles du caractère et séquelles mentales de l'encéph. épid. chez les enfants (Soc. clin. méd. mentale, décembre 1921).

Briand et Rouquier. — Contribution à l'étude des séquelles mentales de l'encéph. épid. (Congrès des aliénistes, Luxembourg-Metz, 1921).

Bozzard. — Encéph. léth., ses séquelles, son anatomie pathologique (Brain, vol. XLII, janvier 1920).

Blouquier de Claret. — La névraxite épidémique (Th. de Montpellier, juillet 1921, n° 155).

— De la responsabilité atténuée. Etude médico-légale (Académie des sciences et lettres de Montpellier, janvier 1923).

Bérillon. — La psychothérapie dans les séquelles de l'encéph. léth. (Soc. de méd. de Paris, 25 novembre 1922).

Bonhoeffer. — Psychische Residüerzustaenden nach Encephalitis epidemica bei Kindern (Klin. Wochenschrift, 1922, p. 1446).

Claude (H.). — Les suites éloignées de l'enc. léth. (Acad. de méd., 2 mars 1920).

Cruchet. — Pronostic de l'encéphalo-myélite épid. (Soc. méd. hôp., 29 octobre 1920).

Cruchet, Moutiers et Calmette. — Evolution des séquelles de l'encéphalo-myélite épid. (Soc. méd. hôp., 11 mars 1921).

Cheinisse (L.). — Traitement de quelques séquelles de l'encéph. épid. (Presse médicale, 3 juin 1922).

Capgras et Reboul-Lachaux. — Arythmie respiratoire et troubles mentaux, séquelles probables de l'encéph. épid. (Bulletin de la Soc. clin. de méd. mentale, juillet 1922).

Colin (H.) et Demay (G.). — Anormaux à perversion instinctives (Traité de pathologie médicale et de thérapeutique, Sergent, Ribadeau-Dumas).

Euzière. — Troubles psychiques de l'encéph. léth. (Acad. des sciences et des lettres de Montpellier, 14 mars 1921).

Euzière, Blouquier de Claret et Pagès. — Excitation génésique au cours d'un syndrome parkinsonien post-encéphalitique (Soc. des sciences médicales et biol. de Montpellier, 9 mars 1923).

— Des tendances au suicide chez les parkinsoniens post-encéphalitiques (Soc. des sciences médicales et biol. de Montpellier, 16 mars 1923).

Euzière et Blouquier de Claret. — L'invalidité morale acquise post-névrax. (Congrès de la Société pour l'avancement des sciences, Montpellier, juillet 1922).

Ebauch (F.-G.). — Neuropsychiatrie Sequelae of acute epidemic encephalitis in Children (Americ. Journ. of Diseases of Children, février 1923).

Grasset. — Demi-fous et demi-responsables (Alcan, 1907).

— Responsabilité des criminels (Paris, 1908).

Galtier. — A propos de quelques psychoses toxi-infectieuses récentes ; l'encéph. léth., considérations pathogéniques (Progrès méd., n° 19, juillet 1919).

Guinon. — Troubles mentaux consécutifs à l'encéphalite (Soc. pédiatrie, 19 avril 1921).

Gilles (André). — Encéph. épid., pithiatisme et réforme (Encéphale, décembre 1922).

Hesnard. — Les troubles psychiques dans l'encéph. épid. (Gaz. hebdom. des sciences méd. Bordeaux, 1920).

Hamel et Merland. — Séquelles d'encéph. épid. (Soc. clinique de méd. mentale, 20 novembre 1922).

Jude et Lanne. — Séquelles d'encéph. léth. (Soc. méd. hôp. de Lyon, 9 novembre 1920).

Kahn (Pierre). — La psychose encéphalitique (Société de psychiatrie, 27 avril 1922).

— Un cas de psychose encéphalitique (Société de psychiatrie, 15 février 1923).

Kirschbaum. — Persönlichkeitsveränderung bei Kindern infolge epidermischer Encephalitis (Zeitschr. f. die Gesammt. Neur. u. Psych., Bd. 73, 1922).

Laignel-Lavastine et Logre. — Hébéphréno-catatonie et encéph. léth. (Soc. psychiatrie, 17 mai 1920).

Lépine (J.). — Le terrain dans l'encéphalite infectieuse (Acad. de médecine, 16 novembre 1920).

Lemierre. — Encéph. épid. familiale, Transmission probable du virus par une personne atteinte depuis plus de 3 ans (Soc. méd. hôp., 24 décembre 1920).

Legrand et Duthoit. — Séquelles de l'encéphalite (Réunion méd. chirurg. des hôp. de Lille, 18 décembre 1922).

Mairet et Margarot. — Démence précoce (Dubois et Bauer, impr., 1920).

Mairet et Euzière. — Les invalides moraux (Goulet, édit., 1910).

Marie et Tétriakoff. — Anatomie pathol. de l'encéph. léth. (Annales de méd., t. VIII, janvier 1920).

Maillard. — Troubles psycho-moteurs consécutifs à l'encéph. épid. (Soc. psychiatrie, 17 févr. 1921).

Mouriquand, Lamy et Martine. — Séquelles psychiques de l'encéph. léth. chez l'enfant (Soc. méd. hôp. de Lyon, 7 décembre 1920).

Mendicini. — La responsabilité des encéphalitiques (Soc. neurologie, 1er juillet 1919).

Netter. — Traitement d'encéph. léth. (Bull. Acad. méd., t. III, 30 mars 1920).

— Enseignements tirés de 70 cas d'encéph. (Soc. méd. hôp., 26 mars 1920).

— Etiologie et prophylaxie de l'encéph. léth. (Acad. méd., 8 mars et 12 avril 1921).

Naville. — Les séquelles de l'épidémie d'encéph. de 1918 à 1923 à Genève (Revue médicale de la Suisse romande, n° 1, janvier 1923).

— Etude sur les complications et les séquelles mentales de l'encéph. épid. (Encéphale, 1922, p. 369).

Péhu et Bonafé. — Reliquats d'encéph. et encéphalites à forme prolongée chez les enfants (Soc. méd. hôp. Lyon, 21 mars 1922).

Pic (A.). — Traitement de l'encéph. léth. (Presse médicale, 19 fév. 1921).

— Séquelles d'encéph. léth. (Soc. méd. hôp. Lyon, 16 novembre 1920).

Petit. — Formes mentales prolongées dans l'encéph. léth. (Soc. méd. hôp. Paris, 21 avril 1921).

Petit (G.) (de Bourges). — La conscience de l'état pathologique dans les formes psycho-organiques de l'encéph. épid. (Soc. psychiatrie, 27 avril 1922).

Paterson et Spence. — Les séquelles de l'encéph. épid. chez les enfants (The Lancet, Londres, 3 septembre 1921).

Raymond et Lannelongue. — Les séquelles d'encéph. léth. (Acad. méd., 19 octobre 1920).

Roasenda. — Inversion du rythme du sommeil avec agitation psychomotrice nocturne, syndrome post-encéphalitique (Il policlinico Roma, t. XXVIII, 7 février 1921).

Roger (H.). — Syndrome myo-clonique alterne. Séquelles d'encéph. épid. (Soc. méd. hôp. Paris, 28 mai 1920).

Robin (G.). — Séquelles mentales de l'encéph. léth. chez les enfants (Bull. Soc. clin. méd. mentale, novembre 1922).

— Troubles mentaux consécutifs à l'encéph. épid. chez les enfants (Bull. Soc. clin. méd. mentale, novembre 1922).

Roubinovitch, Barük et Bariéty. — Un cas de troubles psychiques et respiratoires consécutifs à l'encéph. épid. (Bull. Soc. clin. méd. mentale, novembre 1922).

Shaw. — The sequellœ of epidemic enceph. (Guy's Hosp. Gaz. Londres, 1918, p. 313).

Sicard et Kudeski. — L'encéph. léth. à rechutes (Soc. méd. hôp. Paris, 23 janvier 1920).

Souques et Bertrand. — Examen histologique des centres nerveux dans un cas d'encéph. léth. (Soc. méd. hôp., 30 avril 1920).

Trétiakoff et Bremer. — Encéph. léth. avec syndrome parkinsonien, catatonie, vérification anatomique (Soc. neurol., 1er juillet 1920).

Truelle et Petit (G.). — Les troubles mentaux de l'encéph. épid. (Congrès de Quimper, août 1922).

Verger et Hesnard. — L'état mental des bradykinétiques encéphalitiques (Congrès de Quimper, août 1922).

Voivenel et Riser. — Démence et encéphalite (Congrès de Quimper, août 1922).

Widal, May et Chevelley. — Encéph. léth. à forme de démence précoce (Soc. méd. hôp., 15 juin 1920).

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

L'invalidité morale acquise post-névraxitique,

par M. Kostitch.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 2 mai 1923.

Le Professeur,

EUZIÈRE.

Vu :

Montpellier, le 4 mai 1923.

Le Doyen,

EUZIÈRE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 5 mai 1923.

Le Recteur,

Jules COULET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

Montpellier. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière
14, avenue de Toulouse. — Téléph. 8-78.